CONSIDÉRATIONS

SUR

QUELQUES POINTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PARIS. — IMPRIMERIE DE L'ÉTOILE, BOUDET, DIRECTEUR,
1, rue Cassette, 1

CONSIDÉRATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

TH. GRÉGOIRE

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE DE L'ASILE DE SAINT-DIZIER

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

PARIS
ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER
ÉDITEURS
23, Place de l'École-de-Médecine, 23

1883

CONSIDÉRATIONS

SUR

QUELQUES POINTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

L'étude que nous allons entreprendre n'a pas pour but de parcourir le champ si vaste de la maladie connue sous le nom de paralysie générale ; notre examen sera beaucoup plus restreint et ne portera que sur quelques points qui nous paraissent les plus controversés et, par conséquent, les plus dignes d'attirer notre attention.

Cette thèse se divisera en quatre parties ; dans la première, nous étudierons le mode de début de la maladie ; dans la deuxième, nous étudierons la paralysie générale d'origine syphilitique, la folie congestive ou paralytique, états morbides susceptibles d'être confondus avec la paralysie générale, et nous ferons ressortir, autant que possible, les caractères qui nous permettent de les distinguer de cette dernière affection ; dans la troisième, nous passerons en revue les diverses variétés de rémission que l'on observe souvent dans le cours de la maladie ; Enfin, dans une dernière partie, nous exposerons l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe.

I

HISTORIQUE

L'histoire de la paralysie générale remonte à peine au commencement de ce siècle, et malgré l'immense quantité de travaux accumulés depuis, le sujet est encore entouré de ténèbres. M. J. Falret, frappé de cette confusion, de cette hésitation qui règnent dans les esprits, a prononcé une éclatante vérité en disant : « L'histoire de la paralysie générale est à refaire. »

Avant de pénétrer plus avant dans cette étude, disons tout de suite que l'initiative des progrès sur cette maladie appartient incontestablement à MM. Bayle, Calmeil et Baillarger.

Examinons maintenant l'ordre dans lequel les idées se sont succédé et les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de cette maladie.

Quel est celui qui, le premier, a observé la paralysie générale?

Si c'est Willis qui l'ait entrevue le premier (*de Anima brutorum Amstelo dami*, ou ouvrage sur l'âme des bêtes, 1672, p. 280) ; si c'est John Haslam qui ait fixé l'attention sur cette affection spéciale, l'un et l'autre n'ont ni reconnu ni décrit la maladie. Haslam parle de la fréquence de la folie comme cause des affections paralytiques, mais il méconnaît la signification réelle des troubles de la motilité et les considère comme ayant une existence propre, indépendante de

l'affection mentale. (*Observations on madeness and melancholy*, London, 1798, p. 259.)

En 1814-15, Esquirol se place à peu près au même point de vue et considère la paralysie générale comme une complication de la folie. Il signale la gravité des cas dans lesquels la paralysie complique la démence. Pour Esquirol les symptômes de paralysie ne doivent pas être confondus avec ceux qui caractérisent la démence, « pas plus que les signes du scorbut ou de la phthisie pulmonaire, qui compliquent souvent cette maladie, ne peuvent être pris pour elle. » De plus cette paralysie n'offrait pour lui aucune différence avec les autres paralysies.

Quelques années plus tard (1820), Georget donnait une heureuse impulsion sur la nature de la maladie : c'est l'influence que la paralysie générale exerce sur la marche de la démence.

« Ses progrès, dit-il, sont accompagnés de la diminution successive, et enfin de la perte totale de l'exercice intellectuel. »

Pour expliquer la fréquence de la paralysie générale chez les aliénés, il ajoute :

« Le cerveau, d'abord affecté presque exclusivement comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent nerveux. »

Cependant, Georget continue à considérer la démence et la paralysie comme deux affections distinctes, sans porter aucune atteinte à la doctrine d'Esquirol, son maître.

Tel était l'état de la science lorsque A.-L.-J. Bayle vint substituer à cette doctrine d'Esquirol une autre

toute différente. Dans les deux prétendues maladies qu'on considérait avant lui comme se compliquant, Bayle ne reconnut que deux ordres de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même affection. S'appuyant sur ce fait que les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements se développent dans un ordre déterminé et parallèlement, il en conclut qu'il n'y a pas là deux maladies mais une seule. « Ce parallèle fait à toutes les époques de la maladie nous offre, dit-il, un rapport constant entre le délire et la paralysie. On ne saurait donc se refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie, c'est-à-dire d'une arachnitis chronique. » Bayle a soutenu cette belle doctrine qui est un modèle saisissant de la vérité, dans sa thèse inaugurale sur l'arachnitis chronique, en 1822 ; il est mort en 1857 à Toulouse, à l'âge de 90 ans.

Comme on le voit, dans cette doctrine l'idée de complication est écartée.

Une autre vérité, non moins éclatante, nous est signalée pour la première fois par Bayle, c'est le rapport étiologique de la congestion cérébrale et de la paralysie générale. « Cette maladie, dit Bayle, reconnaît un grand nombre de causes prédisposantes et occasionnelles ; mais chacune d'elles n'agit qu'en appelant le sang vers le cerveau et l'accumulant dans les vaisseaux de la pie-mère et de l'encéphale. La congestion cérébrale, lente ou subite qui en résulte, est la cause nécessaire et prochaine de la maladie. »

Ces congestions, comme l'ont depuis démontré

Aubanel et Thore, sont extrêmement fréquentes. Ces deux auteurs n'ont pas noté un seul cas de congestion dans la manie, la monomanie, la mélancolie et la stupidité.

Les observations que Bayle a publiées dans ce premier travail contiennent tous les traits essentiels de la paralysie générale.

Pour maintenir l'ordre chronologique nous reviendrons sur son second mémoire qui a paru en 1825 (*Nouvelle doctrine des maladies mentales,* broch. de 52 pages).

Parchappe (*Recherches sur l'encéphale*, 1822) rapporte la maladie à une cérébrite corticale générale avec ramollissement consécutif et l'appelle, en 1838, *folie paralytique*. Cette forme particulière de folie était caractérisée, pour lui, par la lésion simultanée de l'intelligence et de la motilité.

La doctrine de Bayle n'a point modifié les idées admises jusque-là et, en 1824, Delaye soutient dans sa thèse inaugurale, que la paralysie générale est une complication de la folie et qu'elle dépend, suivant lui, du ramollissement du cerveau, avec adhérence des méninges à la surface de la substance cérébrale. Comme on le voit, la doctrine de Delaye est conforme à celle d'Esquirol et de Georget.

Bayle, en 1825, publie un second travail et complète sa doctrine par un fait d'une valeur indéniable, c'est la connexion du délire ambitieux et de la paralysie générale. Esquirol, Georget, Delaye n'ont même pas soupçonné l'existence de ce rapport. Esquirol cite des exemples de manie ambitieuse, mais ces malades sont

classés parmi les monomaniaques, et cela malgré leur excitation habituelle. La paralysie n'y figure pas.

Haslam avait remarqué avant Bayle l'orgueil et les prétentions des aliénés frappés de paralysie, mais cette remarque est restée plus de trente ans inaperçue, et ce sont les travaux français sur la paralysie générale qui ont fixé l'attention sur le passage de l'ouvrage du vénérable apothicaire de l'asile de Bedlam. « Bien des passages aussi précis, » dit M Baillarger, « sont restés enfouis des siècles entiers sans être remarqués, et celui-ci ne serait probablement pas connu si les travaux français n'avaient fait rechercher plus de trente ans après ce qui pouvait, dans différents ouvrages, se rapporter à la maladie nouvelle. »

Les désordres de l'intelligence et de la motilité marchent, d'après Bayle, d'un pas égal et s'observent dans les trois périodes qu'il assigne à la maladie (monomanie ambitieuse, manie avec délire de grandeur, démence).

M. Baillarger fait remarquer que si les signes de paralysie sont tous les mêmes (embarras de la parole, faiblesse générale des membres, paralysie des sphincters, etc.), il n'en est pas de même des lésions de l'intelligence. Ces dernières apparaissent, en effet, sous des formes essentiellement distinctes par lesquelles la paralysie générale vient d'habitude se manifester (forme maniaque ambitieuse, forme mélancolique hypochondriaque, forme démente et paralytique).

Puis M. Baillarger ajoute : Dans la très grande majorité des cas, les lésions des mouvements précè-

dent les désordres de l'intelligence. C'est un fait qui n'a point échappé à Bayle et que nous essaierons de développer dans le cours de cette étude.

Calmeil, en 1826, voit encore deux affections différentes dans la paralysie générale; mais en 1841 reprend le même sujet et reconnaît alors la solidarité, l'unité des troubles psychiques et moteurs. Plus tard, en 1859, se livre à l'étude histologique de la maladie et il donne à cette affection le nom de *périencéphalite chronique diffuse*.

Plus tard, on signale dans les hôpitaux des malades qui présentent une affection identique à la paralysie générale, mais il n'existe chez eux aucun trouble des facultés, et Requin, frappé de cette circonstance, substitue au terme de folie paralytique celui de *paralysie générale progressive*. L'opinion de Requin fut adoptée par la Société de médecine de Paris le 20 février 1846.

M. Baillarger fait remarquer à cette époque que les cas observés par Requin ne sont que des paralysies d'origine périphérique et par conséquent complètement différentes de la paralysie générale des aliénés, maladie essentiellement cérébrale.

Nous devons encore citer, en passant, les importantes recherches du savant médecin de la Salpêtrière, M. Baillarger, recherches qui ont si puissamment contribué à l'étude du sujet qui nous occupe. Cet auteur, basé sur un grand nombre d'observations, cherche à établir, en 1847, que la paralysie générale est une affection spéciale, indépendante de l'aliénation mentale ayant pour caractère essentiel la lésion du mouvement avec ou sans délire, mais s'accompa-

gnant toujours d'un affaiblissement intellectuel qui ne tarde pas à revêtir le caractère d'une démence confirmée.

L'année 1851, Duchek fait paraître un grand travail sur la paralysie générale. L'auteur allemand partage les opinions de Bayle et Parchappe.

Delasiauve et J. Falret réagissent à la même époque contre les opinions récemment émises. Le premier de ces auteurs cherche à prémunir les observateurs contre la confusion possible de la paralysie générale avec certaines formes de folie paralytique causées par des lésions circonscrites du cerveau. J. Falret se prononce dans le même sens et fait paraître en 1853 une monographie remarquable (*Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*). M. J. Falret démontre que la paralysie générale est une folie paralytique qui a ses symptômes propres, appelle l'attention sur différents points de la paralysie générale et divise enfin la période initiale de la maladie en quatre variétés (variétés congestive, paralytique, dépressive et expansive). Sans amoindrir la valeur du délire ambitieux, il ne le considère pas comme un symptôme pathognomonique.

Nous ne pouvons pas rappeler ici les noms de tous ceux qui ont contribué à l'étude de la paralysie générale; il nous suffit d'établir dès à présent que la paralysie générale est une création entièrement française; elle est due à l'école d'Esquirol. Des travaux nombreux ont paru chez nos voisins d'outre-Rhin; mais ces travaux sont, pour la plupart, les nôtres; ils nous les ont largement empruntés.

II

DÉBUT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Début de la maladie. — Un des points les plus difficiles et les plus importants de la paralysie générale, c'est incontestablement le mode de début de cette affection. Longuement étudiée, cette question n'est pas encore complètement élucidée et les auteurs ne sont point d'accord à cet égard.

D'où vient cette divergence d'opinions? Nous essaierons d'y répondre.

L'invasion de la paralysie générale, ou plutôt l'apparition des signes certains de cette maladie doivent toujours être présents à l'esprit de l'observateur, si l'on veut éviter les erreurs souvent si regrettables dans l'intérêt des malades et de leur famille. La démence et la paralysie confirmées peuvent être reconnues par les médecins même étrangers aux études mentales, mais alors le diagnostic perd toute sa valeur pratique à cause de l'intervention tardive du médecin et de l'impuissance du traitement. C'est donc à ce début que nous devons nous attacher si nous voulons avoir quelques chances de combattre avantageusement cette terrible affection.

Quelles sont les diverses opinions émises sur ce sujet? et quelle est celle qui doit être admise comme vraie?

Nous allons exposer sommairement ces doctrines

qui sont assez nombreuses et nous nous arrêterons à celle qui nous semble la meilleure.

L'école d'Esquirol considérait la paralysie générale comme une complication *in extremis* de toutes les formes de la folie. Cette doctrine ne compte plus aujourd'hui aucun défenseur.

« La paralysie, dit en effet Esquirol, complique toutes les folies, quelle que soit la forme du délire, elle complique la manie, ainsi que la monomanie ambitieuse, mais plus souvent cette dernière ; elle complique presque toujours la démence. » (Esquirol. *Maladies mentales*, t. II. p. 72.)

M. Lunier fait remarquer que ces troubles de la motilité que les anciens auteurs décrivaient comme un symptôme, une terminaison de la folie, existaient chez un certain nombre de leurs malades avant la moindre lésion de l'intelligence. (*Annales*, 1849, p. 3, t. I.)

D'autres, à l'exemple de Bayle, ont déclaré que la paralysie générale débute presque toujours par les troubles de la motilité : embarras de la parole, bégaiement. Ce fait a été érigé en principe par M. Baillarger dans une de ses leçons cliniques d'abord en 1846, puis dans une note publiée en 1847. Des observations qu'il a rapportées, cet auteur conclut :

« 1° Que dans la paralysie générale la lésion des mouvements est l'élément primitif et principal.

2° Que l'aliénation mentale est un phénomène secondaire existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas ;

3° Que la paralysie générale est une maladie spéciale et indépendante de la folie. »

Presque à la même époque, Requin professe la même opinion. « Mais quelquefois on la voit aussi (la paralysie générale) faire invasion chez des personnes jusque-là saines d'esprit, et n'aboutir à la démence que plus ou moins tard. » (*Éléments de pathol.*, 1846, t. II, p. 90.)

Parchappe émet une opinion toute différente.

« L'altération de la motilité, dit-il, n'apparaît très sensiblement qu'après l'altération de l'intelligence. Elle peut manquer absolument au début de la maladie, ainsi que l'atteste le doute dans lequel les aliénistes les plus expérimentés sont quelquefois forcés de se maintenir pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, sur la vraie nature de l'état morbide, à raison de l'absence de tout signe de paralysie. » (*Annales*, 1858, p. 470.)

Nous pensons que toutes ces opinions sont trop absolues; elles peuvent être vraies cependant, mais elles ne constituent pas la règle. Cette divergence d'opinion tient assurément à ce que les observateurs ont voulu généraliser des faits exceptionnels pour assigner un début différent à la maladie.

L'opinion généralement admise aujourd'hui, c'est que, dans la grande majorité des cas, les deux ordres de symptômes, intellectuels et physiques, suivent une marche parallèle et se développent en même temps.

Lasègue dans sa thèse d'agrégation en 1853, M. J. Falret dans sa thèse inaugurale à la même année, M. Magnan dans ses leçons cliniques ont également soutenu cette doctrine.

Voici comment s'exprime M. le professeur La-

sègue : « Je suis disposé à croire, dit-il, sans pouvoir en administrer de preuves formelles que les symptômes, à quelle classe qu'ils appartiennent, apparaissent simultanément, qu'ils se montrent à des degrés variables suivant les individus, ou suivant un concours de conditions indéterminées, mais qu'on ne voit pas un d'entre eux atteindre un haut degré, sans que les autres soient au moins perceptibles pour un observateur exercé. » Cette affirmation nous semble encore exagerée et peut être combattue par des nombreuses exceptions. Ces faits que l'on considère à tort comme exceptionnels peuvent se rapporter presque exclusivement à la catégorie des malades chez lesquels les phénomènes paralytiques se montrent avant tous les autres.

Un certain nombre d'auteurs admettent encore aujourd'hui que les troubles de la raison précèdent ceux de la paralysie. Cette manière de voir est plutôt apparente que réelle. En effet, il est beaucoup plus facile de saisir les premières menaces de la folie que les premières menaces de la paralysie générale, la moindre perversion de l'intelligence éveille l'attention de la famille et des assistants, tandis qu'un embarras de la langue, insignifiant en apparence, peut passer complètement inaperçu. Il résulte de là que, si l'on ne pèse pas les choses avec attention, on méconnaît l'existence de la maladie pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, puisque les troubles de l'intelligence, pris isolément ne peuvent pas caractériser, surtout au début, l'affection qui nous occupe. La paralysie peut durer ainsi plusieurs semaines,

plusieurs mois et passer inaperçue et lorsque le moindre écart de l'intelligence apparaît, il attire à lui seul toute l'attention. Voilà, à notre avis, une cause d'erreur qui conduit un certain nombre d'observateurs à admettre que les troubles de l'intelligence précèdent ceux des mouvements. Il est bien facile de prévoir *à priori* quelles peuvent être les conséquences de cette erreur, étant admis que l'efficacité du traitement est en raison inverse des progrès de la maladie.

Il est évident que la mobilité du malade, ses tendances irritables, son ambition insolite, ses espérances chimériques, ses projets en l'air, son obscénité stupéfiante, son oubli des convenances sont autant de transformations morales qui nous suggèrent par leur ensemble l'idée d'un état cérébral grave, mais aucune de ces manifestations ne nous offre la garantie d'un diagnostic certain comme les symptômes d'ordre moteur. A côté de ces déviations intellectuelles nous devons donc chercher soigneusement la parésie musculaire, au milieu d'une activité apparente, avant de conclure à l'invasion possible de l'affection. Si à ces symptômes, viennent se joindre l'hésitation de la parole, le tremblement des lèvres et de la langue, l'inégalité, la dilatation ou la contraction des pupilles, l'anesthésie de la peau, alors plus de doute, on peut poser à coup sûr le diagnostic de *paralysie générale*.

« L'erreur des médecins,» dit M. Baillarger, «qui pensent que chez les aliénés paralytiques les lésions des mouvements précèdent rarement les désordres de l'intelligence, vient surtout, de ce qu'on n'a pas accordé une attention suffisante aux symptômes pas-

sagers de paralysie. Un malade est atteint d'une congestion cérébrale avec perte de connaissance, et quand il revient à lui, on s'aperçoit qu'il a un embarras plus ou moins marqué de la parole. Ce symptôme se dissipe rapidement, mais après quelques heures, quelques jours, il survient un délire maniaque avec prédominance d'idées ambitieuses. L'aliéné, examiné avec soin, n'offre plus d'embarras de la parole. Après plusieurs mois, une année et même plus, des symptômes évidents de paralysie générale se manifestent soit spontanément, soit à la suite d'une nouvelle congestion. »

Il est, en effet, dans la nature de la paralysie de s'aggraver après chaque poussée congestive.

« La folie précède donc souvent l'établissement permanent des symptômes de paralysie générale ; mais elle est elle-même, dans presque tous ces cas, précédée de lésions passagères des mouvements. »

Il faut ajouter que dans beaucoup d'observations de manie avec prédominance d'idées ambitieuses les légers signes de paralysie qui ont préexisté ne sont que suspendus et pour ainsi dire masqués. Ils apparaissent de nouveau aussitôt que l'agitation cesse. C'est un fait qui n'a point échappé à Bayle. « On ne remarque, dit-il, aucune trace de paralysie lorsqu'ils sont (les aliénés paralytiques) dans cet état d'agitation, mais dans les moments de rémission, leur prononciation est plus ou moins embarrassée, et leur démarche est fréquemment gênée d'une manière sensible » (Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, p. 503). S'il nous est permis d'émettre un avis, nous admettrons

volontiers que bien plus fréquemment les lésions des mouvements précèdent les désordres de l'intelligence, et nous serons porté à croire, contrairement à l'opinion émise par Georget, que le cerveau est attaqué comme agent nerveux avant d'être atteint comme agent intellectuel.

L'opinion contraire émise par plusieurs auteurs peut s'expliquer, d'après M. Baillarger, par les raisons suivantes :

« 1° On n'a pas distingué les lésions passagères des lésions permanentes des mouvements ;

2° Les altérations légères des mouvements sont souvent suspendues et pour ainsi dire masquées chez les malades très agités ;

3° Dans la majorité des cas en a tenu compte des renseignements donnés par les familles, et qui, sous ce rapport, ne méritent presque aucune confiance ;

4° Enfin, chez quelques malades, on méconnaît de légers signes de paralysie, qui n'apparaissent qu'à des intervalles irréguliers. »

Si nous avons insisté sur le début de cette maladie, c'est uniquement dans l'intention de dissiper les dissidences et les incertitudes qui règnent sur cette période initiale, la seule qui nous offre quelque espoir de guérison. C'est dans cette période qu'on doit s'armer d'une logique sévère, avant de se prononcer sur l'existence ou la non-existence de lésions définitives et presque toujours irréparables.

Qu'il nous soit permis maintenant d'aborder l'étude du délire au point de vue de sa forme, de sa fréquence et de sa valeur symptomatique.

Baillarger, dont il faut, suivant l'expression de Gubler, invoquer le témoignage pour toutes les questions relatives à la paralysie générale, a découvert et étudié spécialement le délire hypochondriaque. Ce délire hypochondriaque a un caractère spécial qui permet de distinguer l'hypochondrie paralytique de l'hypochondrie simple. Le délire hypochondriaque peut se subdiviser en trois variétés : délire d'obstruction des organes, de négation de l'existence, délire micromaniaque. Le caractère spécifique de ce délire tient à ce qu'il est absurde; apparaît soudainement; il est mobile. Le délire dépressif peut revêtir encore la forme lypémaniaque qui apparaît de plusieurs façons différentes (mélancolie avec agitation, mélancolie avec stupeur, mélancolie avec idées religieuses, délire avec idées de persécution, délire avec idées de pauvreté).

Parfois aussi il y a mélange, combinaison intime du délire ambitieux et du délire dépressif, et il n'est pas rare, par exemple, que les idées de persécution accompagnent les idées ambitieuses. D'autres fois c'est une alternance régulière de la mélancolie et de l'expansion, et nous en avons rapporté nous-même un exemple. Enfin le délire peut revenir par accès, durer un temps très court, disparaître, et éclater de nouveau sous une autre forme.

Cette dépression mélancolique peut affecter le malade à toutes les périodes de l'affection et lorsqu'elle se transforme en un délire de persécution, avec hallucinations et illusions terrifiantes, il faudra doubler la surveillance de ces malades poussés souvent vers le suicide. Ces hallucinations se présentent parfois avec

persistance pendant des mois entiers ; elles peuvent frapper les cinq sens, mais ceux de l'ouïe et de la vue seraient le plus fréquemment atteints. C'est sous leur influence que le malade se croit accusé de crimes imaginaires, qu'il voit des animaux qui le poursuivent, qu'il entend des voix ennemies qui le menacent de dangers. C'est sous le coup d'illusions qu'il refuse parfois de toucher à ses aliments, qu'il trouve tout mauvais, qu'il se croit empoisonné.

Pinel neveu, Marcé, Materne, Linas, dans sa thèse (1857), se refusent à attribuer à l'hypochondrie un caractère spécial qui permette de distinguer l'hypochondrie paralytique de l'hypochondrie simple. Linas a été même plus affirmatif que les autres et il déclare qu'il ne « saurait s'élever avec trop d'énergie contre l'opinion qui assigne à la paralysie générale un délire spécifique. »

Dufour, Moreau (de Tours), Michéa sont favorables à l'opinion de Baillarger.

Les auteurs ont voulu attribuer une valeur exagérée au délire des grandeurs dans la paralysie générale. Déjà Calmeil s'est élevé contre cette idée qui comptait de nombreux adeptes. « Ce serait faire, dit-il, preuve d'un mauvais esprit d'observation que de vouloir assigner une forme constante au délire des aliénés paralytiques. Cependant, ajoute-t-il, parmi les signes de cette maladie, il en est un qui, à cause de sa constance, peut être regardé comme caractéristique, et qui se montre le plus souvent dès le début : c'est l'affaiblissement des facultés intellectuelles, c'est-à-dire la démence. »

Cette même remarque d'avoir attribué une valeur exagérée au délire des grandeurs a été signalée par notre regretté maître M. le professeur Lasègue dans sa thèse d'agrégation (1853). « Le délire caractéristique peut manquer malgré le trouble de l'intelligence, la paralysie garde alors dès le début la forme apathique. La mémoire s'affaiblit notablement, l'indifférence et la stupeur sont un état à peu près constant, interrompues seulement par des accès maniaques de courte durée, pendant lesquels le délire paraît affecter le type classique. »

Il arrive souvent, en effet, que la maladie rentre dans sa voie ordinaire, après s'être égarée sur le territoire des autres formes de la paralysie générale, et reprenne même sa physionomie habituelle quelques jours avant la mort.

Quelle que soit la forme du délire, sa présence est loin d'être constante dans la paralysie générale.

Ce point n'a pas échappé à Georget. « Il y a, dit-il, des monomanies ambitieuses sans paralysie, et des paralysies générales sans monomanie ambitieuse. »

En 1858, M. Baillarger a rapporté le cas d'un malheureux confrère qui, depuis trois mois, était tombé dans la démence paralytique, sans aucun signe de délire. Il n'y avait non plus ni excitation maniaque, ni dépression mélancolique.

Le malade assistait jour par jour à sa déchéance physique et mentale.

Il consignait dans un carnet sa propre observation

jusqu'au moment où ses facultés intellectuelles l'ont complètement abandonné.

Linas a pris la suite de cette observation. Le malade est mort dans le marasme paralytique.

M. Charcot citait récemment un curieux exemple de paralysie générale dans lequel la maladie avait été précédée de *migraine ophtalmique*. M. Charcot ajoute à la suite de cette observation qu'il s'agit là d'un cas vulgaire et des plus classiques.

M. Sauze en 1853, et M. Foville en 1878 (*Dict. de méd. et de chirurgie*), s'expriment sur ce point de la manière suivante : La paralysie générale est caractérisée « par un ensemble de symptômes fondamentaux et constants (démence et paralysie), les autres sont complémentaires, accessoires, souvent temporaires (délire ambitieux, hypochondriaque, instinctif, contractures, spasmes, convulsions). »

La comparaison des lésions anatomiques conduit comme celle des symptômes à séparer la manie ambitieuse de la démence paralytique. Ainsi, on observe l'hyperémie, la turgescence, l'augmentation du poids dans la manie, l'atrophie, la diminution du poids dans la démence.

Il n'est pas douteux que les maniaques ambitieux qui tombent dans la paralysie générale soient les plus nombreux, nous les voyons tous les jours encombrer nos asiles dans des proportions désespérantes, mais n'a-t-on pas beaucoup exagéré en faisant de la démence paralytique une terminaison en quelque sorte obligée de la manie ambitieuse ?

Cela tient peut-être à ce que les déments paraly-

tiques ne vont pas consulter les aliénistes et n'abordent pas les asiles, parce que ceux qui sont atteints de cette démence paralytique primitive jouissent d'un simple affaiblissement intellectuel et physique.

C'est dans la pratique civile, dans les maisons de santé, ou dans les hôpitaux ordinaires, qu'on peut surtout les observer. Ces malades nous offrent les vrais types de la maladie qui est toujours dans ce cas lente dans sa marche, progressive et presque toujours incurable.

Ces malades sont apathiques et dans un état de stupidité et de mutisme pouvant durer des mois et des années. De plus, ils n'ont plus de mémoire, leurs sentiments affectifs sont effacés et présentent quelquefois des rémissions incomplètes pendant lesquelles les malades semblent revenir à la raison, mais pour retomber bientôt dans un état de dégradation encore plus profond.

D'autres fois à cette marche silencieuse de la paralysie générale vient se joindre un ensemble symptômatique d'une nature absolument opposée. Ainsi le malade s'agite soudainement ; devient riche, content, loquace et c'est alors que le tremblement et le begaiement deviennent plus manifestes. Enfin l'embonpoint si fréquent chez ces malades disparaît pour faire place à la maigreur et au marasme paralytique.

Rostan, Trousseau, Pinel neveu, Chomel, citent de nombreux cas de paralysie générale sans aliénation (*Annales méd.-psych.* 1859, p. 587). On pourrait nous objecter que ce sont là des paralysies symptomatiques ; mais nous connaissons aujourd'hui, depuis surtout les

travaux de Delasiauve, qu'il existe des caractères distinctifs de la paralysie générale idiopathique et symptomatique (épileptique, spinale, etc.).

Il ressort de tout ce qui précède :

1° Que la forme hypochondriaque du délire n'est pas aussi rare qu'on le suppose. Elle est aussi la plus grave ;

2° Que le délire des grandeurs ne peut pas prendre place parmi les symptômes fondamentaux et constants de la paralysie générale ;

3° Quelle que soit la forme du délire, son existence est loin d'être constante ;

4° Que les cas de paralysie générale sans délire doivent constituer les véritables types de la maladie.

Après cette étude du mode d'invasion de la maladie, il nous reste à parler de l'ordre dans lequel disparaissent les symptômes dans les cas de rémissions incomplètes ou, assez rarement, complètes de la paralysie générale.

Dans ces cas, les troubles de l'intelligence disparaissent les premiers, tandis que la lésion des mouvements persiste plus ou moins longtemps et quelquefois même définitivement. C'est ce que prouvent les observations suivantes :

OBSERVATION PREMIÈRE.

Femme de 34 ans ; signes de paralysie générale avec monomanie ambitieuse. A l'époque de la sortie, intégrité de la raison, avec paralysie incomplète (Bayle).

OBSERVATION DEUXIÈME.

Louis-Philippe F..., vigneron, âgé de 36 ans, paralysie générale avec monomanie ambitieuse. Cinq mois après, retour de la raison avec diminution considérable de la paralysie (Bayle).

OBSERVATION TROISIÈME.

Pierre-Etienne R..., âgé de 37 ans; paralysie générale avec monomanie ambitieuse. Cessation du délire avec persistance de la paralysie générale incomplète (Bayle).

OBSERVATION QUATRIÈME.

M..., ancien professeur, 50 ans ; paralysie générale avec délire ambitieux. Guérison du délire, cessation presque complète de la paralysie (Ferrus).

OBSERVATION CINQUIÈME.

F..., ancien militaire, 39 ans ; paralysie générale, manie. Cessation du délire, diminution de la paralysie (Ferrus).

OBSERVATION SIXIÈME.

Pierre-Julien M..., 41 ans; paralysie générale avec délire ambitieux. Amélioration de l'état mental, paralysie stationnaire (Hubert Rodrigues).

Mais il existe des cas où les deux ordres de symptômes disparaissent complètement, et il nous est arrivé d'observer un cas analogue, lors de notre internat à l'asile de Saint-Dizier. Quatre mois après la cessa-

tion complète des troubles de l'intelligence, il nous fut impossible de saisir chez ce malade la plus faible marque de lésion de la motilité.

Ce fait n'est pas isolé dans la science ; il existe de nombreuses observations, rapportées par des auteurs sincères et compétents, où les malades après avoir présenté les signes les plus graves et les plus certains de la paralysie générale, ont récupéré entièrement leurs facultés intellectuelles et sans plus offrir aucune trace de paralysie, comme le prouve, du reste, le passage suivant de l'ouvrage de Bayle :

« Le rétablissement a toujours lieu d'une manière graduelle : l'agitation diminue d'abord, le délire devient moins étendu et moins incohérent, enfin, la raison et la tranquillité finissent par renaître; mais la paralysie incomplète, beaucoup plus opiniâtre, diminue plus lentement, et ne se dissipe entièrement qu'un ou plusieurs mois après le rétablissement des facultés. » (Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, p. 531.)

Il résulte de ce qui précède que chez les paralytiques aliénés, dont l'état s'améliore, le délire cesse avant la paralysie, ou même disparaît seul complètement.

Avant de quitter la période du début pour nous engager sur le terrain des différentes espèces de cette affection, il nous paraît utile de préciser les caractères du délire et la nature des troubles de la motilité.

D'abord, pour ce qui est du délire, Georget et Calmeil ont déclaré que tous les aliénés présentant des idées

de grandeur ne sont pas des paralytiques. Puis, M. Baillarger, dans ses leçons cliniques professées en 1846 à la Salpêtrière, vint poser les premières bases de distinction entre les maniaques et les hypochondriaques paralytiques et les monomaniaques et les hypochondriaques simples. Mais c'est surtout dans l'importante thèse de M. Jules Falret qu'on trouve toute la vérité de cette distinction.

Au risque de prolonger indûment cette étude, nous reproduirons le passage le plus saisissant de son travail (*Thèse* citée).

« Dans le délire partiel, dit-il (monomanie, mégalomanie), les conceptions délirantes se forment progressivement, après un long travail d'incubation, pendant lequel le malade les a lentement pesées et discutées ; puis une fois admises, elles le sont d'une manière invariable, se coordonnent avec une certaine logique, et enfin se formulent dans une systématisation dont les bases ne sont pas susceptibles de se modifier, mais qui pendant longtemps encore peut admettre des additions ; enfin, elles arrivent à la période essentiellement chronique où elles deviennent pour ainsi dire stéréotypées.

» Chez les paralytiques, au contraire, tout est soumis à l'action du moment ; tout est diffus, incoordonné, les idées délirantes en particulier sont multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles. » Elles présentent en un mot les principaux traits de la démence.

Le mégalomaniaque peut conserver en dehors de son délire l'intégrité apparente de ses facultés ; il est

susceptible d'être occupé, il est actif, remuant, raisonnable même sur tout ce qui ne tient pas à ses fausses conceptions. Les idées du mégalomaniaque quoique reposant sur des données fausses, se relient entre elles dans un ordre logique et naturel.

Les idées délirantes du paralytique général n'ont plus la fixité, la précision, la netteté, la logique que l'on rencontre dans celles du mégalomaniaque.

Un des caractères inhérents à ce délire paralytique, c'est que les malades associent à leur bonheur leurs amis, leur famille ou leurs voisins, qu'ils couvrent de richesses et de distinctions de toute sorte.

Le délire des grandeurs se présente à l'observation sous des aspects variés. Avec Foville, nous admettrons quatre degrés.

A un premier degré, ce n'est pas du délire proprement dit. Le malade présente quelques idées de satisfaction : il est content, heureux, communicatif, et ses rêves se maintiennent dans la mesure de la réalité.

A un degré plus avancé (optimisme généralisé, Foville) correspond l'exaltation du *moi*, l'exagération de la personnalité. Le malade, sans sortir de la limite du possible, est dans une exellente disposition d'esprit qui lui fait voir tout à son avantage. Il est beau, habile, plein d'esprit et d'imagination, etc.

A un troisième degré commence le véritable délire, mais il n'atteint pas encore les choses impossibles. Les malades sont en relation avec des princes, des rois, des empereurs, font des inventions, ont des millions qu'ils vous proposent de partager, construisent des palais, etc.

Enfin le dernier degré est celui de l'impossible. Les malades se croient papes, rois, fils de Dieu, possèdent des millions, des milliards. Celui-ci a des maisons en or ; celui-là des dents en diamant. Quant à leurs projets, ils dépassent tout ce que l'imagination peut rêver.

Quant à l'hypochondrie des paralytiques, elle est, comme nous l'avons déjà dit, mobile, illogique et absurde.

Ces conceptions délirantes, qui comprennent plusieurs degrés, conservent toujours le même caractère (préoccupation de moi avec un fond de démence (Magnan). Les manifestations du premier degré n'ont encore rien d'exagéré. Les malades se préoccupent outre mesure de leur santé ; ils se plaignent de constipation, demandent des remèdes. Ils éprouvent un malaise général ; ils ne se sentent pas bien ; prétendent ne pouvoir digérer, uriner, aller à la selle. Les femmes croient avoir des maladies de l'utérus, s'imaginent être enceintes. Ces préoccupations hypochondriaques revêtent encore un caractère plus absurde. Aujourd'hui ces malheureux supposent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'estomac. Dans un degré plus avancé, ils n'ont plus de jambes, plus de bouche, et il devient difficile alors de les faire marcher et de les nourrir. De même que les hallucinations proviennent de la perversion de la sensibilité générale ou locale, de même les modifications de la sensibilité viscérale engendreraient les idées hypochondriaques. Ce délire serait donc dû à un trouble sensoriel, plutôt qu'à une conception délirante purement intellectuelle.

Dès 1864, Michéa avait essayé de démontrer que

l'anesthésie ou l'hypéresthésie, toutes les modifications de la sensibilité enfin, étaient chez les paralytiques généraux, la principale cause des idées hypochondriaques, ces conceptions délirantes prenant leur source dans la préoccupation exagérée du *moi*.

M. Foville va même plus loin, et rapporterait les conceptions délirantes de toute nature à de véritables illusions sensorielles. « N'en est-il pas ainsi, dit cet auteur, quand, dans les variétés expansives, les malades se félicitent, comme d'une réalité qui vient d'avoir lieu, de voir des paysages enchanteurs, d'entendre des concerts délicieux, d'être entourés de parfums et de manger des mets exquis? Peut-être est-ce aussi à une sorte de trouble sensoriel, qu'il convient d'attribuer le ton naturel d'assurance et de conviction intime avec lequel beaucoup de ces malades racontent qu'ils ont été en tel ou tel endroit, qu'ils ont vu tels ou tels personnages, alors qu'il est hors de doute qu'ils n'ont pas bougé de place et qu'ils n'ont reçu aucune visite. »

Il ajoute cependant, qu'à cet égard, l'observation clinique des malades appelle de nouvelles études.

Le délire des hypochondriaques ordinaires repose sur le syllogisme.

Maintenant quel est le mécanisme intime des troubles de la motilité? Établissons tout d'abord que les lésions de la motilité ne méritent vraiment pas le nom de paralysie; car le malade conserve la volonté et la possibilité de contracter ses muscles avec force jusqu'à la période la plus avancée de la maladie. De plus, on n'observe plus d'atrophie comme cela arrive dans d'autres paralysies. Quelquefois, cependant, à la suite

d'une complication accidentelle (hémiplégies complètes ou incomplètes consécutives à des congestions cérébrales, à des accès épileptiques), les muscles peuvent être soustraits à l'action de la volonté et même s'altérer dans leur structure, s'atrophier et devenir graisseux si la guérison n'a pas lieu.

Dans la paralysie générale, les troubles musculaires paraissent plus évidents du côté de la langue. Fait-on parler le malade, il le fait lentement, il hésite au milieu d'une phrase, d'un mot. Il termine sur certaines syllabes; il y en a qu'il répète, d'autres qu'il saute. La difficulté est grande surtout pour articuler certaines consonnes et principalement les labiales. Le trouble de la parole ne vient pas de ce que les muscles nécessaires à l'articulation des sons ont cessé d'obéir à la volonté; ils se contractent avec force, mais irrégulièrement et en quelque sorte d'une manière convulsive.

Les membres supérieurs deviennent maladroits et le malade ne peut plus se livrer à un travail délicat. Dans les membres inférieurs, le désordre est tout aussi évident, le malade marche en chancelant, en écartant les jambes et cherche d'instinct à maintenir son équilibre.

On a longuement discuté pour savoir dans quel ordre se prennent les muscles. Les uns prétendent que c'est la langue qui est atteinte la première, d'autres disent que ce sont les membres.

En réalité, l'*appareil musculaire tout entier est atteint simultanément et dès le début;* c'est là un des caractères pathognomoniques de la maladie, et c'est l'opinion que la plupart des aliénistes admettent aujourd'hui.

Si les troubles de la parole paraissent plus précoces, cela tient à ce que l'appareil musculaire de la langue étant très délicat, la moindre déviation fonctionnelle est évidente. C'est à cette même période que l'individu est d'une activité surprenante, il fait, sans se fatiguer, des courses de plusieurs lieues. Comme on le voit à cette période, il n'y a pas d'*akinésie*, il n'y a que de l'*ataxie*.

Cette ataxie de la paralysie générale a été mise en lumière par M. Bouillaud, en 1846 ; elle est tombée dans l'oubli, d'où elle a été tirée par Jaccoud, il y a quelques années à peine.

Nous croyons avec Marcé que cette même ataxie linguale et labiale est cause de la dysphasie. Cette ataxie linguale a probablement sa raison anatomique dans une altération du bulbe, au niveau du plancher du quatrième ventricule, où se trouvent les noyaux d'origine des nerfs crâniens et notamment ceux des nerfs grand hypoglosse et facial.

Bouillaud, Linas et Delaye attribuent en partie cette dysphasie à la perte de la mémoire des mots qui accompagne presque toujours la gêne de la prononciation. Nous ne pouvons pas admettre cette manière de voir, puisque, comme le conseille le professeur Lasègue, en faisant lire les malades, la dysphasie est tout aussi évidente.

M. Lasègue dans sa thèse de concours nie toute relation entre la dysphasie et l'ataxie labiale et linguale.

« A côté du tremblement des lèvres, dit-il, l'hésitation de la parole prend place parmi les signes pathognomoniques ; l'incertitude de la parole n'est pas en

proportion avec le tremblement de la langue ; elle ne dépend pas davantage du mouvement vermiculaire des lèvres auquel on l'a attribuée. »

Malgré l'autorité, grande à la vérité de M. Lasègue en pareille matière, nous ne pouvons pas nier la relation intime qui existe entre l'ataxie et la dysphasie.

Cette période d'excitation dure quelques semaines ou quelques mois ; mais bientôt la scène change et c'est la paralysie qui remplace l'ataxie.

Cette paralysie est d'une nature toute spéciale. « Elle ne ressemble, dit Marcé, à aucune autre ; ce n'est pas uniquement l'abolition de la contractilité musculaire qui est en jeu, puisque une fois assis ou couchés, les malades remuent très bien les bras ou les jambes, puisque dans les mouvements d'agitation, ils retrouvent encore une fois des forces surprenantes ; il s'y joint un défaut de coordination, etc. » (Marcé, *Traité des maladies mentales* p. 426.)

Il ressort de ce qui précède :

Qu'il existe dans la paralysie générale des lésions bulbaires, au niveau du plancher du quatrième ventricule, lésions qui consistent surtout dans la prolifération d'éléments nucléaires dans le tissu interstitiel, prolifération qui amène secondairement la nécrose des *éléments nobles*, notamment des *cellules grises* des noyaux d'origine des nerfs *grand hypoglosse et facial* ;

Que ces lésions bulbaires se manifestent symptomatiquement par l'ataxie labiale et linguale, qui consiste en ce qu'un mouvement, ayant une étendue et une direction déterminées est précédé et surtout suivi d'une série de mouvements involontaires ayant la

même direction que le mouvement volontaire, mais presque toujours une moindre étendue;

Que la dysphasie est la conséquence naturelle et forcée de l'ataxie labiale et linguale;

Que la dysphasie peut se manifester par :

1° Prononciation incomplète d'une syllabe;

2° Une syllabe est sautée dans un mot;

3° Répétition incomplète d'une syllabe ;

4° Répétition complète d'une syllabe ;

5° Arrêt de la parole ;

6° Hésitation de la parole ;

7° Prononciation d'une lenteur extrême et uniforme ;

8° Mutisme.

Que le malade paralytique général cherche à pallier la dysphasie par la lenteur de la prononciation et le rapprochement des mâchoires;

Que la liaison intime de l'ataxie labiale et linguale et de la dysphasie, donne, à cette dernière, un caractère tout à fait spécial et pathognomonique dans la paralysie générale ;

Le mutisme est peut-être dû à des lésions cérébrales, musculaires ou nerveuses de la langue et des lèvres (Voisin).

Que la cause directe des troubles musculaires, c'est l'affaiblissement intellectuel et le tremblement fibrillaire des muscles;

Que ce tremblement fibrillaire paraît dû à une altération du plasme musculaire causée elle-même par l'inflammation spéciale du cerveau.

Ce n'est pas seulement dans la paralysie générale

qu'on observe les troubles dans la parole, bien d'autres affections peuvent en imposer.

Ainsi, dans certaines *hémiplégies* il peut y avoir de l'embarras de la parole, mais jamais de la dysphasie. De plus, dans ces cas la langue est toujours assez fortement déviée.

Dans le *ramollissement cérébral*, dans l'absence d'un plus ou moins grand nombre de *dents*, dans les lésions organiques de la langue, c'est un empâtement de la parole, que l'on observe, empâtement qui n'a aucune analogie avec la dysphasie de la paralysie générale.

Dans le bredouillement la parole est trop rapide ; dans la dysphasie elle est trop lente.

Dans la colère, l'indignation, la crainte, les lèvres peuvent être agitées d'un certain tremblement auquel Berthier a donné le nom de *tremblement émotif* et qu'il faut se garder de confondre avec celui qui existe dans la paralysie générale. Dans ce cas-là, il faut examiner les malades dans un moment de calme, et alors le tremblement n'existe plus.

Dans la *sclérose en plaques disséminées*, il y a un embarras de la parole qui est presque impossible à distinguer de la dysphasie du paralytique général. Il faudra alors pour assurer le diagnostic, tenir compte des autres symptômes concomitants.

Dans l'arrêt convulsif du bégaiement, il y a immobilité de la langue et des lèvres ; dans l'arrêt de la dysphasie, au contraire, il y a, dans ces organes, répétition des mouvements synergiques, ou tout au moins des contractions fibrillaires.

Avons-nous tout dit sur cette importante période de début ?

Nous n'avons pas la prétention de le croire. S'il est permis à un observateur jeune encore aux études mentales de se former une idée sur une question si controversée, il ne lui appartient pas de se prononcer d'une manière absolue. Dès lors il nous semble prudent d'attendre, d'écouter, de voir longtemps avant de nous arrêter définitivement une opinion.

III.

DIFFÉRENTES FORMES DE PARALYSIES GÉNÉRALES

Pour étudier avec quelque intérêt la paralysie générale, il faut d'abord l'examiner à l'état de maladie simple, primitive et indépendante. Puis, explorer avec prudence certains états morbides qui rentrent par certains côtés dans le cadre de la maladie qui nous occupe, mais qui s'en distinguent par une analyse clinique rigoureuse.

Nous devons donc grouper séparément les éléments constitutifs de chacune de ces espèces diverses de paralysie, si nous voulons éviter les confusions qui sont encore aujourd'hui l'origine de la dissidence parmi les savants.

Toute classification, pour être solide, doit reposer sur des faits cliniques et non sur des théories que le temps puisse renverser. Cette tactique nous offre une garantie plus sérieuse, nous essaierons de l'adopter.

Paralysie générale d'origine syphilitique. — Les auteurs allemands ont attribué une large place à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. M. Fournier, dont la compétence est justement reconnue en cette matière, croit que cette part serait beaucoup plus restreinte et en outre la maladie offrirait alors des différences assez grandes pour qu'on dût la séparer de la paralysie générale commune sous la domination de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. (Fournier, *Syphilis du cerveau.*)

Les folies d'origine syphilitique sont très rarement *isolées*, mais souvent *associées* à d'autres symptômes cérébraux (paralysies diverses, accès épileptiformes, congestions cérébrales, etc.). Ce second cas constitue la règle. « J'affirme, dit M. Fournier, n'avoir pas rencontré jusqu'à ce jour un seul cas de délire syphilitique qui se soit limité et prolongé dans sa forme, de façon à constituer une *aliénation mentale permanente*, exempte de tout mélange d'autres accidents, exempte de dégénérescence ultérieure. Toujours, au contraire, j'ai vu les divers états délirants de la syphilis cérébrale (exaltation, incohérence, manie, etc.) se compliquer à échéance plus ou moins courte de phénomènes variés, se fusionner avec d'autres états plus complexes ou aboutir finalement à la démence. » (Fournier, *De la syphilis cérébrale*, p. 517.)

Lorsque MM. Zambaco, Gros et Lancereaux ont décrit la syphilis cérébrale, ils déclarèrent que les accidents observés provenaient de manifestations morbides syphilitiques siégeant dans le cerveau ou dans ses enveloppes (gommes du cerveau ou des méninges, exostoses ou périostoses du crâne, infiltrations syphilitiques des parois artérielles). Toutes ces lésions disparaissaient avec le traitement spécifique, il en était de même des symptômes.

Quant à ces derniers, c'étaient des attaques convulsives épileptiformes, des hémiplégies incomplètes, des paralysies partielles, principalement des nerfs oculaires, c'étaient des troubles variés de la motilité et de la sensibilité, souvent aussi de l'intelligence. Il est bien entendu que ces troubles variaient suivant le

siège, la nature, l'étendue des lésions syphilitiques.

Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, et le cadre de la paralysie générale s'est enrichi d'un nouveau chapitre dû, presque exclusivement, aux travaux de M. Fournier. Désormais il faut admettre une paralysie générale syphilitique.

Est-ce que les symptômes et l'anatomie pathologique de cette nouvelle affection sont les mêmes que ceux de la paralysie générale idiopathique?

Les symptômes de l'encéphalopathie syphilitique peuvent simuler ceux de la paralysie générale, et il existe alors des différences insignifiantes entre ces deux états. La paralysie générale syphilitique a quelque chose qui ressemble beaucoup à la paralysie générale, mais qui n'est pas au fond la paralysie générale, c'est une pseudo-paralysie.

Quant à l'anatomie pathologique, elle ne nous montre, en général, aucune des lésions qui se rapportent à la paralysie générale que nous connaissons.

La paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique sont donc deux affections absolument indépendantes l'une de l'autre au point de vue anatomopathologique, seulement leurs symptômes ont une très grande ressemblance. « Plus d'une fois, dit M. Fournier, nous avons eu occasion d'observer des faits de ce genre et, nous croyons qu'il y en a où le diagnostic différentiel n'est pas possible, sinon, peut-être, à l'aide de la connaissance des antécédents. L'autopsie seule révèle l'erreur qui a persisté pendant toute la durée de l'affection. » (*Dict. de méd.*, t. XVI, p. 89.)

Muller, Junius Mickle paraissent faire reposer tout

le diagnostic, non pas sur l'existence, dans un cas, de symptômes qui n'existeraient pas dans l'autre, mais uniquement sur une différence de degré, de nuance, de fréquence, d'intensité des mêmes symptômes. Cette distinction que nous nous dispensons de reproduire n'est pas rigoureuse et, comme M. Foville le fait justement remarquer, tous les jours nous voyons des paralytiques généraux présenter absolument les mêmes caractères que ceux de Mickle résumés par M. V. Hanot.

Peut-être le début de la maladie nous mettrait sur une voie plus sûre. Ici les caractères distinctifs de la syphilis cérébrale consisteraient surtout en ce que les phénomènes morbides (anesthésie, névralgies, paralysies, convulsions),commenceraient par être localisés, limités à une sphère isolée du système nerveux, d'un groupe distinct de nerfs et de muscles. Voisin, Lancereaux, Muller, Junius Mickle insistent beaucoup sur la valeur différentielle de cette particularité, et l'on sait que les paralysies limitées à certains muscles de l'œil, en particulier, sont considérées comme presque toujours sous la dépendance de la syphilis.

Il ne faudrait pas cependant accorder une importance trop grande à ces troubles nerveux localisés, dit M. Foville. M. J. Falret a cité des cas analogues et qui n'avaient aucun lien de parenté avec la syphilis (*Annales méd.-psych.*, 1864, t. III, p. 35). M. Magnan, en 1877, a communiqué à la Société de biologie deux observations qui montrent que les troubles oculaires peuvent être une des premières manifestations de la paralysie générale, et apparaître longtemps

avant cette maladie. M. Magnan a ajouté à cette occasion, que dans la paralysie générale on peut rencontrer isolément la sclérose ou la névrite interstitielle de certains nerfs crâniens : le nerf optique et les nerfs moteurs de l'œil seraient le plus fréquemment atteints.

D'autre part, à la session tenue au Havre, en 1877, par l'Association française pour l'avancement des sciences, Tessier (père) de Lyon, Verneuil, Leudet ont cité des cas où la paralysie générale avait été précédée, quelquefois longtemps d'avance par des troubles nerveux, variables, nettement localisés, tels que : névralgies faciales, accès d'angine de poitrine, entéralgies violentes, cystalgie durant deux ans, etc.

Il est une circonstance qui pourrait avoir une valeur, c'est l'âge du malade. La paralysie générale idiopathique se développe très rarement de 20 à 25 ans, tandis que la syphilis peut faire des ravages sur les centres nerveux à cette même période de la vie ; c'est ce qui a conduit M. Blanche à attribuer à la syphilis la paralysie générale précoce. Mais fréquemment les accidents syphilitiques cérébraux ne se développent qu'après 30 ou 35 ans et la considération de l'âge perd alors toute sa valeur.

Comme le dit très bien Voisin, les bases les plus solides du diagnostic différentiel sont la connaissance des antécédents, l'existence concomitante des manifestations syphilitiques non douteuses et les résultats obtenus par le traitement ; dans les cas incertains, le traitement mercuriel et ioduré est une véritable pierre de touche.

Ceci établi, nous allons reproduire un passage des

savantes leçons de M. Fournier, et qui résume, pour ainsi dire, toute sa doctrine.

M. Fournier débute en disant que la plupart des médecins aliénistes font à peine mention de la syphilis comme cause de la paralysie générale. Puis il continue : « Cette question de relation de la syphilis avec la paralysie générale se présente sous deux aspects :

» Un premier groupe de malades comprend ceux qui sont affectés de paralysie générale vraie, et qui, à une époque quelconque de leur existence, ont présenté des accidents syphilitiques. Y a-t-il là une simple coïncidence, ou bien une certaine relation de cause à effet ? A coup sûr la seconde idée est soutenable, au moins dans certains cas, et la syphilis peut avoir sa part d'influence, comme toute autre cause perturbatrice et débilitante dans l'étiologie des affections graves du système nerveux, notamment de la paralysie générale, mais ce n'est là qu'une hypothèse dont la démonstration, aujourd'hui du moins, n'est pas possible.

» Un second groupe, beaucoup plus important au point de vue théorique et pratique, comprend, dit M. Fournier, des cas d'un autre genre, offrant bien encore la plupart des attributs de la paralysie générale, mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés. Les faits de ce genre, cela est indéniable, ressemblent par certains côtés à la paralysie générale jusqu'à s'en rapprocher parfois, d'une manière surprenante, et cependant ils s'en éloignent, s'en séparent, s'en différencient, au point qu'il est impossible de les confondre avec elle, de les assimiler à

cette dernière entité pathologique » (p. 337-38).

« Ce sont les cas de ce genre, voisins mais différents de la paralysie générale vraie, que j'ai essayé de qualifier, le plus simplement possible, sous une dénomination nouvelle, celle de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.* » (p. 341, Fournier, *Traité de syphilis cérébrale.*)

Après cet exposé doctrinal, M. Fournier passe à la description de l'affection elle-même, et nous regrettons de ne pouvoir la reproduire.

Pour M. Lasègue il n'y a pas de paralysie générale syphilitique : il peut y avoir et il y a des pseudo-paralysies. « De même, dit-il, qu'il existe une épilepsie type, présentant les symptômes toujours les mêmes et des états épileptoïdes, dans lesquels font défaut un ou plusieurs symptômes de l'épilepsie type, il existe aussi une paralysie générale type et des états qu'on pourrait appeler paralysoïdes. C'est dans ces derniers cas qu'on peut ranger ce qu'on appelle la paralysie générale d'origine syphilitique. » (*Annales méd. psych.*, p. 301, 1879.)

M. Christian, à l'opinion duquel nous nous rangeons complètement, s'exprime à ce sujet de la manière suivante :

« Actuellement le seul fait acquis est celui-ci : que la syphilis peut se localiser dans le cerveau et y déterminer une encéphalopathie, variable de siège et d'étendue. Rien ne prouve que cette encéphalopathie puisse revêtir la forme de la méningo-encéphalite propre à la paralysie générale. Rien non plus ne prouve absolument le contraire.

» Je serais tenté, dit-il, de considérer la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes l'une de l'autre, et j'admettrais volontiers que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un individu *prédisposé*, par suite *d'autres causes*, à la paralysie générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière. » Ne pourrait-on pas, dans ce dernier cas, trouver à la fois l'altération de la paralysie générale et celle de l'encéphalopathie syphilitique?

Dans le numéro du 15 mai 1879 de la *France médicale* nous lisons une observation présentée par M. Gouguenheim à la Société médicale des hôpitaux (séance du 9 mai 1879) ; il s'agit d'un sujet syphilitique mort dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe, à la suite de phtisie tuberculeuse : dans le poumon droit on constate une infiltration tuberculeuse généralisée, dans le poumon gauche des gommes syphilitiques ramollies et suppurées.

Or, ce qui se passe dans le poumon peut tout aussi bien se rencontrer dans le cerveau.

Il résulte des considérations auxquelles nous venons de nous livrer que, dans l'état actuel de la science, il est très difficile d'établir une distinction clinique rigoureuse entre la paralysie générale et certains cas de lésions syphilitiques du cerveau.

Que la distinction proposée par M. Fournier entre la paralysie générale classique et une autre affection cérébrale qu'il désignerait sous le nom de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique* ne paraît pas suffisamment justifiée, du moins jusqu'à présent.

Du reste cette opinion est nettement formulée par Lancereaux dans son chapitre sur la méningite et l'encéphalite syphilitiques (*Gaz. hebdomadaire*, 1873). « Certaines lésions syphilitiques de l'encéphale, dit-il, peuvent produire un ensemble symptomatique ayant de grandes ressemblances avec les états morbides connus sous les noms de paralysie générale ou de démence paralytique. » Dès lors nous pouvons affirmer que le diagnostic entre la paralysie générale et les tumeurs syphilitiques du cerveau est extrêmement difficile, sinon tout à fait impossible.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir passer en revue les diverses affections qui se prêtent à la confusion avec la paralysie générale, notamment les *pseudo-paralysies générales d'origine alcoolique* et les *pseudo-paralysies générales d'origine saturnine*. Nous ne pouvons mieux faire que de citer les savantes leçons cliniques faites à l'asile de Sainte-Anne par M. le professeur Ball. Quant aux pseudo-paralysies saturnines nous signalerons l'intéressant mémoire de M. Régis, inséré dans les *Annales médico-psychologiques*.

FOLIE CONGESTIVE

Examinons maintenant la *folie congestive*, mais auparavant disons quelle part Bayle et Calmeil ont faite à la congestion dans le développement de la paralysie générale.

Bayle a démontré, le premier, que la congestion cérébrale est la cause prochaine de la paralysie générale, et il établit que cette congestion continue longtemps après le début de la maladie, et condensant en une seule les deux premières périodes de la maladie, on serait porté à croire à une période congestive, mais pour Bayle la méningite serait primitive et l'encéphalite consécutive.

Calmeil, au contraire, attribue la paralysie générale à une périencéphalite chronique diffuse débutant par une période de congestion.

Bayle assigne à cette période congestive quatre à six mois, tandis que pour Calmeil elle ne durerait qu'une ou deux semaines au plus.

L'opinion de Parchappe ne diffère point de celle de Calmeil.

Le mode de production de ces congestions diffère essentiellement des congestions apoplectiques. Ces dernières sont actives, elles frappent l'homme en pleine santé, et l'intelligence n'a point à souffrir si elles viennent à se dissiper.

Les congestions de la paralysie générale sont, au contraire, passives et subordonnées, d'après M. Delasiauve, à l'altération sourde et préexistante qui s'opère dans le cerveau, et dont le propre serait de prédisposer sans cesse à la gêne circulatoire, à la stase du sang dans les vaisseaux encéphaliques.

L'intensité de l'obstacle en mesurerait les degrés infinis, depuis le plus simple accablement jusqu'au coma le plus complet ou aux crises convulsives les plus violentes.

On conçoit ainsi les fluctuations de leur marche, leurs retours plus ou moins éloignés, les alternatives de recrudescences ou de rémissions et l'habituelle aggravation après chaque crise nouvelle.

« Plus le mal progresse, dit Delasiauve, plus s'accroissent les chances congestionnelles, rendues plus imminentes encore par la perte ou la diminution de l'élasticité vasculaire. A l'aide de cette supposition, les capricieuses évolutions de la maladie perdent leur ambiguïté. Avec l'embarras cérébral apparaissent des troubles positifs. S'il est peu considérable la réaction amène aisément cette agitation maniaque dont la forme trahit, pour les yeux exercés, les suites inévitables; un peu plus intense, il détermine souvent de l'apathie, une sorte de prostration mélancolique, et même des impressions hallucinatoires;

à un degré plus prononcé encore, le délire vague, ambitieux, s'accentue en même temps que se dessinent assez nettement les altérations musculaires qui auparavant avaient pu susciter des doutes. »

Si l'obstacle à la circulation cesse, la circulation se rétablit, la lésion reste stationnaire, rétrograde même quelquefois et l'intelligence reprend son essor d'une façon plus ou moins satisfaisante.

On s'explique alors ces améliorations inattendues, souvent trompeuses, mais qui pourraient devenir des guérisons définitives. M. Baillarger a émis une dernière opinion et sur laquelle nous croyons devoir insister, à savoir : que dans un très grand nombre de cas, on a pris pour de la paralysie générale (périencéphalite diffuse) une congestion chronique de la couche corticale du cerveau. Cette forme de folie qu'il désigne sous le nom de *folie congestive* et qu'il propose de remplacer aujourd'hui par celui de *folie paralytique*, se terminerait ou non par la paralysie générale ; elle pourrait se terminer par la guérison, et les observations de guérisons bien avérées rapportées par les auteurs ne seraient, pour lui, que des cas de *folie congestive*, la paralysie générale type étant une maladie fatalement incurable.

Cette doctrine de M. Baillarger a été vigoureusement combattue par Parchappe, Delasiauve, Brierre de Boismont. Tous furent d'accord pour rejeter la création d'une nouvelle entité morbide qui, à leur avis, est loin de constituer une maladie réellement indépendante, et ne serait autre chose que la paralysie générale à forme expansive et à début aigu.

Cependant la doctrine de M. Baillarger compte des défenseurs non moins importants.

M. Dagonet admet, en dehors de la paralysie générale, l'existence d'une folie spéciale sous la dénomination de *folie congestive;* mais il semble dans un assez grand nombre de cas la rattacher à l'alcoolisme.

« Sous le nom de manie congestive, on a désigné, dit-il, une forme d'aliénation mentale particulièrement liée à un embarras de la circulation cérébrale. Admise par quelques auteurs, elle a été rejeté par d'autres, son existence ne nous paraît cependant pas devoir être mise en doute ; nous devons ajouter qu'on l'observe d'une manière assez fréquente à la suite d'excès alcooliques. Les symptômes qui la caractérisent et la physionomie qu'elle présente la font souvent confondre avec la paralysie générale. C'est en effet, le même état d'oppression cérébrale, de trouble intellectuel profond, d'affaiblissement des facultés et même d'accidents paralysiformes et de délire ambitieux que l'on rencontre dans la paralysie générale.

» Il importe cependant de ne pas confondre ces deux maladies entre elles; le pronostic diffère essentiellement dans l'un ou l'autre cas. On voit, en effet, des malades se rétablir complétement et presque miraculeusement après avoir présenté les signes en apparence les plus graves et qui pouvaient faire croire à une paralysie générale même déjà avancée. (*Annales méd. psych.* t. IX, 1873, p. 411).

M. Magnan n'admet pas, ainsi que le fait M. Dagonet, l'existence de la manie congestive comme maladie indépendante de la paralysie générale, mais il recon-

naît que la folie associée à la paralysie générale doit être considérée comme une affection distincte. D'après cet auteur, il importe de distinguer dans la paralysie générale deux maladies. La première est la démence paralytique, c'est la maladie principale, elle est permanente et progressive. La seconde maladie est la folie, c'est la maladie accessoire; elle est irrégulière, passagère, elle dépend le plus souvent de la congestion, présente les manifestations les plus opposées et se greffe sur la démence paralytique.

MM. Foville et Jules Falret s'expriment à peu près dans les mêmes termes.

Le Dr Nasse, médecin de l'asile de Siegburg, dans un travail qu'il a publié en 1870 sur les *pseudo-paralysies générales alcooliques*, a appelé l'attention sur des cas plus ou moins remarquables de longues rémissions ou même de guérison.

L'auteur, ne pouvant pas se rendre compte de ces guérisons, se rapproche de la théorie de la congestion et partage entièrement l'opinion de M. Baillarger.

Les folies congestives, dit M. Baillarger, ne sont pas la première période de la paralysie générale ; elles sont encore moins des folies simples. Elles différeraient de la première par l'absence ou le peu d'intensité des troubles de la motilité et par la terminaison moins constamment funeste.

Elles différeraient de la manie simple par sa plus grande gravité parce qu'à côté de quelques cas de guérisons, il y en aurait beaucoup qui aboutiraient à la paralysie générale ; elles en différeraient aussi par la prédominance de l'état congestif du cerveau, par le

délire spécial, par le mode d'excitation musculaire.

M. Baillarger rapproche et compare ensuite la *manie congestive* et la démence paralytique primitive et simple.

Il nous montre d'une part qu'on observe l'exaltation des facultés, une excitation générale ; d'autre part, c'est la débilité de l'intelligence et la paralysie qui dominent la scène.

Quant aux lésions anatomiques ; elles sont des plus opposées ; dans le premier cas l'hyperémie et la turgescence du cerveau est manifeste, et dans l'autre c'est l'atrophie du même organe accompagnée de lésions graves de son tissu.

Ces lésions anatomiques de la folie congestive ont été décrites d'une façon très minutieuse par M. A. Voisin : « On trouve, dit cet auteur, des exsudats hématiques intra et extra-cérébraux ; les méninges ne sont pas toujours vascularisées à l'excès, mais en tout cas elles ne sont adhérentes à aucun point de la substance grise. Souvent on trouve un léger piqueté, des apoplexies capillaires dans la substance grise, qui, ainsi que la blanche, est infiltrée de substance hématique en amas, de cristaux d'hématine, d'hématoïdie, d'infractus, d'épanchements globulaires d'âges différents et ayant subi des transformations variées. Les vaisseaux offrent dans leurs parois des cristaux l'hématine ; mais jamais on ne rencontre la moindre hyperplasie de tissu conjonctif, très rarement des gouttelettes de graisse, dernier état que je crois résulter alors d'une sorte de fatigue des membranes vasculaires. »

En admettant cette séparation entre ces deux états, M. Baillarger prétend qu'on ne ferait qu'appliquer à la manie ambitieuse et à la démence paralytique l'opinion déjà admise pour la manie et la démence ; les mêmes raisons peuvent, en effet, être invoquées dans les deux cas. M. Baillarger propose en conséquence de faire de la manie ambitieuse une maladie spéciale sous la terminaison de *manie congestive.*

Nous savons aujourd'hui, surtout depuis les recherches microscopiques de MM. Magnan, Mierzejewsky, Bonnet et Poincarré, Lubinoff, Mendel, que les lésions organiques de la paralysie générale commencent par les parois des petits vaisseaux, que ces altérations sont les plus constantes et qu'en outre elles sont le point de départ des autres lésions. Or, dans les folies congestives, à part l'hyperémie et les exsudats, il y a absence complète de toute altération organique des vaisseaux, de toute hyperplasie conjonctive. Nous serions donc porté à conclure que les symptômes psychiques et somatiques de la folie congestive ne sauraient être rattachés aux lésions ordinaires de la périencéphalité chronique. Il nous semble, avec MM. Bayle, Mendel, Foville, Baillarger, Voisin et d'autres auteurs, que ces symptômes peuvent tenir à un simple état de congestion de l'encéphale sans les lésions propres à la paralysie générale. Ce même état congestif nous explique encore les paralysies générales que Westphal a appelées *larvées ou latentes*, et qui ne sont caractérisées que par des symptômes psychiques. Ces paralysies générales sans symptômes soma-

tiques sont considérées encore aujourd'hui par certains auteurs comme des folies simples et, par d'autres, comme des paralysies générales encore à leur début.

Pour nous, s'il nous est permis de formuler une opinion, nous conclurons de la manière suivante :

1° Qu'il y a un fait bien acquis, c'est que la paralysie générale type ou démence paralytique est une maladie presque toujours incurable ;

2° Qu'il y a des nombreux cas, dans la science, de malades qui, après avoir présenté les signes les plus graves de la paralysie générale, ont récupéré leur faculté intellectuelle et leur force physique sans laisser aucune trace de dégradation paralytique durant leur existence ultérieure ;

3° Que ces malades ne peuvent être assimilés ni aux déments paralytiques, ni aux maniaques simples, mais à une classe spéciale de malades qu'on désignerait volontiers sous le nom de *fous congestifs* ;

4° Que le pronostic généralement fâcheux de la démence paralytique ne doit pas s'appliquer à la *folie congestive*.

5° Que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale persistent dans certains cas, une année et plus, sans être liés aux lésions de la périencéphalite chronique et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires.

Le diagnostic de la folie congestive présente certainement des difficultés sérieuses ; mais cette séparation de la folie congestive nous semble nécessaire pour débarrasser l'histoire de la manie simple et

de la paralysie générale type d'éléments d'erreur.

Pour se faire une idée clinique aussi nette que possible de la folie congestive, il est utile d'avoir présent à l'esprit le passage suivant que nous empruntons aux leçons cliniques de M. Legrand du Saulle et qui résume tout le tableau symptomatique par lequel la folie congestive se présente à l'observation.

Ces malades, dit cet auteur, se sentent persécutés, mais souvent chez eux les idées de persécution s'allient avec le délire des grandeurs. Ils ont des richesses, mais ils n'en jouissent pas ; ils sont puissants, mais il y a des obstacles à l'exercice de leur puissance. Les aliénés de cette catégorie ont des hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe, et chez eux les idées tristes sont souvent sous la dépendance de ces hallucinations. Les malades ont d'ordinaire l'attitude hautaine, le regard fier, le facies triste, et méprisant à la fois. Ils restent sérieux et ne rient jamais. La mémoire est assez fidèle, la parole brève, vive et saccadée.

En même temps ils présentent, dans la plupart des cas du moins, l'habitus congestif : le cou est court, le visage coloré, le pouls plein et fort. Ils ressentent des serrements de tête, éprouvent des étourdissements.

Ces derniers symptômes ne sont pas moins utiles que les troubles intellectuels pour permettre de poser le diagnostic étiologique. Le délire, en effet, est loin d'être toujours caractéristique : ce n'est après tout qu'un symptôme, qui peut revêtir la même physionomie, bien qu'il soit le résultat de processus différents. C'est ainsi que dans certains cas les manifes-

tations délirantes de la folie anémique ressemblent singulièrement à celles de la folie congestive. Les symptômes physiques seuls et, les conditions pathogéniques permettent de différencier l'une de l'autre.

Mais quelque similitude dans la physionomie clinique qu'il puisse y avoir entre la folie par hyperémie et certaines autres formes d'aliénation, la réalité du rôle du processus congestif est démontrée par les causes particulières qui déterminent le trouble mental comme aussi par les lésions rencontrées à l'autopsie. » (*Gazette des Hôpitaux* 1883, juillet.)

RÉMISSIONS

« Cet état est facile à caractériser,
» il se résume dans ces deux faits :
» cessation du délire, persistance de
» la démence. »
(Baillarger, *Union médicale*.)

Les faits de rémission dans le cours de la paralysie générale sont déjà signalés par Delaye, Bayle et Calmeil. Depuis ces rémissions ont été étudiées d'une façon toute spéciale par M. Baillarger en 1845 et M. Sauze en 1858 et, il y a quelques années, M. Doutrebente a repris cette intéressante question. (Doutrebente, *Annales méd. psych.*, 1878, p. 161.)

Quel est l'état de l'intelligence pendant ces rémissions ? Ces rémissions sont aussi variables dans leur nature que dans leur durée ; mais elles présentent un caractère qui leur est commun ; c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles. M. Baillarger, en analysant sept observations de rémission consignées dans les traités de Calmeil et Bayle, est arrivé aux résultats suivants : « Ces malades n'ont plus d'agitation, leurs conceptions délirantes ont cessé, la tenue est bonne ; mais les idées quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue. Ces malades semblent raisonner juste en apparence, con-

servent la mémoire et souvent réclament impérieusement leur sortie et ne craignent pas de dire, à ceux qui viennent visiter l'asile, qu'on les a sequestrés arbitrairement. Nous nous rappellerons toujours d'un nommé Bouillaud qui se trouvait dans un état de rémission depuis plus de trois ans à l'asile de Saint-Dizier. Cet homme d'un caractère doux, d'une sensibilité exagérée et d'une grande faiblesse de volonté, nous demandait continuellement à être relevé de son interdiction. Cet homme, bon enfant, autrefois bon prince, comme dit M. le professeur Ball, se faisait remarquer par un abaissement de son niveau intellectuel, surtout quand on le comparait à ce qu'il était avant sa maladie. De plus il lui restait encore, surtout quand on parvenait à l'animer, un peu d'embarras dans la parole.

Il n'est pas rare de voir dans les asiles des malades qui, à leur entrée, présentaient l'ensemble des signes de la paralysie générale la plus grave, et après un séjour plus ou moins long, de voir disparaître assez rapidement l'agitation, l'hésitation de la parole et le délire. Le premier exemple qu'il nous a été donné d'observer, c'était celui d'un marchand de comestibles à Bar-le-Duc qui, après avoir présenté les symptômes non équivoques de la paralysie générale, revint bientôt à son état normal, commença à raisonner et sans qu'il soit possible de découvrir chez cet homme, aucune déviation dans l'acte de la prononciation. Quand nous lui parlions de ses projets gigantesques, de ses trésors, etc., il s'en souvenait vaguement, reconnaissait son erreur et riait avec amertume. Nous nous sommes

informés sur sa situation présente et, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, cet homme jouit actuellement de la plénitude de ses facultés et gère, d'une façon irréprochable et à la satisfaction de sa famille, son petit commerce.

Bayle, dans son traité de la méningite chronique, a consigné plusieurs cas de rémissions. « Ils jouissent de la raison, dit-il, mais leurs facultés sont faibles. » Mais la physionomie de ces rémissions a été tracée d'une façon plus explicite encore par M. Baillarger. « Lorsque la paralysie générale suit une marche rétrograde, dit le savant médecin de la Salpêtrière, lorsque ces remittences prolongées s'établissent, il reste chez le malade un affaiblissement plus ou moins marqué, et qui porte en même temps sur les facultés intellectuelles et morales. » Plus loin il ajoute : « Nous pouvons affirmer que ces malades atteints d'un affaiblissement incurable des facultés n'auront plus le même discernement quand il s'agira de se déterminer à tel ou tel acte important, ni la même énergie de volonté pour résister à l'obsession. Pour peu qu'on flatte leurs idées il sera souvent facile d'exciter leur animosité contre les personnes les plus dignes de leur affection, et de les entraîner à des actes contraires à leurs intérêts. C'est ce dont il est impossible de douter quand on a vécu dans leur intimité et quand on a pu observer l'ensemble de leurs dispositions intellectuelles et morales. On parvient alors à saisir ces mille nuances par lesquelles se révèle la lésion déjà profonde de l'intelligence ; quelle versatilité dans les déterminations, quelle puérilité dans les actes, quelle

facilité pour les détourner de leurs résolutions à l'aide des prétextes les plus futiles, et surtout quelle imprévoyance! » (*Annales méd.-psych.*, 1855.)

Assez souvent, pendant ces rémissions, le malade présente de la tendance au vol. Il n'est pas rare d'observer dans son langage, dans ses allures, dans ses mœurs des expressions, des actes, des excès, qui trahissent la persistance de l'ardeur génésique.

C'est ainsi que l'on voit des hommes d'un rang élevé prendre leur servante pour maîtresse ou pour femme, de même que des femmes du grand monde se complaire dans la société de leurs serviteurs.

Ces rémissions ne s'observent pas avec une égale fréquence dans toutes les formes de la paralysie générale. C'est habituellement quand la maladie a débuté sous la forme maniaque et expansive qu'on les voit se produire. Quant à la cause de cette fréquence, elle tient sans doute à ce que les congestions ont lieu bien plus souvent dans cette forme que dans la forme mélancolique. C'est pendant les deux premières périodes de la paralysie générale qu'on remarque ces rémissions, rarement dans la troisième.

La durée de ces rémissions est très variable. Tantôt, en effet, on la voit se prolonger durant de longues années 5, 10, 15 ans et même au delà et imposer à la guérison. Tel est le cas de ce malade de Ferrus, rapporté par M. le professeur Lasègue dans sa thèse d'agrégation. Ce malade a guéri après un an de maladie, et la guérison s'est maintenue pendant 25 ans. Il est mort d'une affection thoracique. Tous les cas analogues à celui que nous venons de citer rentrent

dans la catégorie des rémissions complètes ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et le plus souvent la maladie reprend son mouvement et marche vers une terminaison fatale. Ces rechutes ont lieu ordinairement à la suite d'accidents congestifs et c'est probablement à la diminution de cette congestion qu'est due la production de ces rémissions dans les symptômes tant musculaires qu'intellectuels. Il est probable aussi que, dans les cas de guérison définitive, la congestion des membranes et du cerveau ait une durée insuffisante pour permettre à l'inflammation de s'établir et de se constituer.

Il n'est pas rare de voir chez le même malade plusieurs rémissions consécutives et M. Foville rapporte l'observation d'un malade qui, après avoir eu un accès de manie avec délire des grandeurs et symptômes de paralysie dont il avait guéri, resta pendant une année entière dans un état de rémission. Alors survint un second accès et ce second accès fut guéri comme le premier (Foville, *Étude clinique de la folie avec délire de grandeur*, p. 430). M. Lunier cite également un paralytique qui a été reçu plus de huit fois à Charenton (*Ann. méd.-psych.*, 1877, p. 426) à la suite de chaque poussée congestive. On ne peut assigner aucune durée précise à chacune de ces rémissions ; elle oscille entre quelques mois et plusieurs années. M. Foville fait remarquer que « le malade tombe plus bas après chaque rechute, de même qu'il se relève plus haut après chaque amélioration. »

Dans certains cas de rémission, on peut constater, en dehors de l'affaiblissement de l'intelligence, quel-

ques conceptions délirantes et par moment même des idées de grandeur. Ce fait n'a pas échappé à la sagacité de M. Baillarger qui l'a consigné dans ses mémoires.

Il parle, en effet, d'un malade qu'il a vu avec Ferrus, Pinel et M. Foville, qui niait obstinément avoir été aliéné ; il prétendait avoir été séquestré arbitrairement, et demandait d'être relevé de son interdiction.

Enfin, il y a une catégorie de paralysés généraux dont l'état reste pendant longtemps stationnaire, en s'aggravant il est vrai, mais avec une telle lenteur que les malades ont pu vivre pendant longtemps et bien au delà des limites que l'on accorde généralement à la marche fatalement progressive de la maladie.

Ces faits pour M. Baillarger sont moins rares qu'on ne le croit et prouvent que la manie et la mélancolie congestive ne finissent pas toujours par la démence paralytique, ou bien que celle-ci peut n'arriver, comme la démence simple à la suite de la manie, qu'après un assez grand nombre d'années. A la suite de ces réflexions, M. Baillarger dit : « M. Archambault m'apprend que, quand il est arrivé à Charenton, il a trouvé douze ou quinze malades qui étaient dans l'établissement depuis plus de dix ans, et qui avaient été désignés, à leur entrée, comme atteints de paralysie générale. Cependant ils n'offraient plus que des signes légers de cette maladie. »

M. Baillarger ajoute qu'il a déjà cité des faits semblables dans une communication à la Société médico-psychologique. (*Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 422.)

M. Foville (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXVI, p. 119) attire l'attention sur des cas du même genre : « On voit, dit-il, mais cela est rare et exceptionnel, quelques aliénés jugés comme paralytiques au commencement de leur maladie, chez lesquels les symptômes restent indéfiniment stationnaires, comme dans le cas de démence simple. L'intelligence est affaiblie, la parole est embarrassée ; il y a une certaine tendance à la satisfaction et à l'orgueil ; mais les fonctions organiques laissent peu à désirer, et l'état stationnaire se maintient pendant de longues années sans aggravation sensible. La plupart des asiles d'aliénés comptent parmi leurs vétérans quelques paralytiques indéfiniment chroniques de ce genre. »

Comme nous venons de le voir, les rémissions n'ont pas toutes le même caractère, ni la même importance. Les unes sont momentanées et incomplètes ; elles sont les plus fréquentes ; elles peuvent se reproduire un grand nombre de fois chez le même malade, mais elles sont peu dignes d'intérêt à cause de leur existence éphémère.

Les autres sont également incomplètes, mais durables ; elles sont rares ; leur durée n'a rien de fixe, 5, 10, 15 ans et même au delà.

Quant aux rémissions complètes, leur existence ne peut plus être niée aujourd'hui.

Les unes sont momentanées ou intermissions. Elles sont assez fréquentes au début de la paralysie générale. « Le trait de lumière a été rapide, mais il n'a pas été de bon aloi. Un éclair a percé des ténèbres,

mais pour ne projeter qu'un faux jour. » (Legrand du Saulle.)

Les autres sont complètes et durables ; elles sont assez rares, mais elles existent réellement.

Toutes ces rémissions présentent un caractère qui leur est commun, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales. Quelquefois, cependant, cette démence est difficile à constater.

Dans quelques cas moins heureux on constate, en même temps que la démence, quelques conceptions délirantes, quelques idées de grandeur.

Tous les cas de rémission peuvent se ranger dans l'une de ces quatre catégories principales. Mais il est une foule *de cas* intermédiaires qui empruntent à la maladie un de ses éléments constitutifs et nous offrent une disproportion étonnante et difficile à expliquer, entre les deux ordres de symptômes qui caractérisent la paralysie générale.

Ainsi, entre autres faits de ce genre, Sauze cite, dans les *Annales méd. psych.*, l'observation d'un aliéné chez lequel la paralysie semblait être arrivée au troisième degré, alors que l'affaiblissement des facultés intellectuelles était très peu sensible.

Voici cette observation :

« Le nommé R... est aujourd'hui dans l'asile pour la deuxième fois. A l'époque de sa première admission, il présenta tous les caractères de la paralysie générale au premier degré, avec délire ambitieux. Il était millionnaire, il se disait amiral. Il y avait une grande agitation maniaque, etc. Au bout de quelques

mois, le délire et l'agitation disparurent, mais il fut facile de s'apercevoir qu'il y avait un commencement d'affaiblissement intellectuel, et un léger embarras de la langue. La figure était éteinte, sans expression. Il n'y avait pas d'activité dans son intelligence. Sur la demande de sa famille, il sortit le 20 juin 1852. On le plaça de nouveau à Saint-Pierre le 22 mai 1854. Depuis cette époque, il est dans l'asile. La paralysie de la langue a fait des progrès considérables, c'est à peine s'il peut articuler encore les mots. On a la plus grande difficulté à saisir ce qu'il dit, et il ne peut prononcer la plupart des syllabes. Ce qu'il y a de remarquable c'est que les jambes ont encore de la force et de la solidité ; la démarche est assurée et rapide. L'intelligence possède relativement une certaine intégrité. La mémoire n'est pas sensiblement affaiblie. Il s'acquitte avec ponctualité des diverses commissions qu'on lui confie. Il cause de toute chose avec lucidité et jugement. Il ne permet pas qu'on se moque de lui. Cependant en le suivant de près, il est aisé de se convaincre que son intelligence a baissé. Il supporte sans réclamer son séjour à Saint-Pierre. Il se charge volontiers des fonctions qui, avant sa maladie, auraient répugné à un homme de sa condition. Il n'a aucun souci de sa position et nulle conscience de sa maladie. Sa physionomie est sans expression, et son intelligence peu active. En un mot il est facile de constater chez ce malade un certain degré de démence. »

Pseudo-démence paralytique ou pseudo-paralysie générale.

Nous avons vu dans les pages précédentes que la paralysie générale présente quelquefois dès le début une physionomie très différente des formes maniaque, mélancolique ; au lieu du délire, c'est la démence qui prédomine. Le délire n'existe pas, ou il est très limité et ne tient qu'une place accessoire au lieu d'être le phénomène prédominant. Cette forme, forme démente, avons-nous dit, est la plus grave de toutes, elle est lente dans sa marche et présente très exceptionnellement ces rémissions remarquables que l'on observe généralement dans les autres formes.

Cependant les auteurs ne manquent pas d'assigner à la démence paralytique une place assez importante dans le cadre des rémissions et même des guérisons. Plusieurs jeunes médecins ont aussi traité dans leur thèse l'étude de ces rémissions, mais il nous semble que la plupart des faits qu'ils ont rapportés pouvaient être interprétés autrement qu'ils ne l'ont fait.

« Des sujets, dit Marcé, couverts d'eschares, gâteux, arrivés à l'état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de démence complète, ont été vus reprenant leurs forces, parlant plus librement, récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. »

Sans doute, les rémissions dont parle Marcé dans ce passage existent et se produisent généralement quand les symptômes de démence prédominent dès le début de la maladie ; mais ce qui n'a été bien étudié à notre connaissance, c'est la séparation des cas dans lesquels l'invasion de la démence a été plus ou moins *rapide* de ceux où elle a été *lente* et *progressive*.

Il importe au point de vue des rémissions de s'appesantir sur cette forme de démence aiguë pour éclairer le diagnostic de la démence véritable. Après un examen sévère de ces deux états morbides on serait porté à croire que la plupart des cas de rémissions et de guérisons que l'on attribue, à tort selon nous, à la démence paralytique appartiennent réellement à cette autre forme clinique dont la marche est rapide, et que nous désignerons volontiers, avec M. Baillarger, sous le nom de *pseudo-démence paralytique*.

La *pseudo-démence* se présente à l'observation sous deux aspects différents.

Tantôt on constate chez ces malades un état de stupeur plus ou moins prononcé, sans délire ou avec délire triste, tantôt, au contraire, bien que la démence prédomine, le malade a quelques conceptions délirantes, ambitieuses et les symptômes de stupeur n'existent pas.

M. Baillarger cite un cas très important de démence rapide avec stupeur publié par Calmeil dans son ouvrage, puis il rapporte huit observations analogues dont la plupart lui sont personnelles et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici (*An-*

nales méd.cpsych. 1879, p. 8). Dans toutes ces observations, ce qui nous paraît digne d'être remarqué, c'est que les malades, après avoir présenté, même pendant plusieurs mois, les caractères les plus graves de la démence paralytique, ont pu récupérer entièrement leurs facultés intellectuelles et se sont occupés ultérieurement d'entreprises qui exigent l'intégrité de l'intelligence.

M. Pinel neveu a communiqué à la Société médico-psychologique l'observation d'un malade atteint de paralysie générale avec invasion rapide de la démence. Cinq mois et demi après son entrée à l'asile le délire disparût, et bientôt le rétablissement fut complet. « Le malade est plein de santé, ajoute l'auteur, sa parole est facile, sa conversation agréable et pleine d'aménité. » Il est rendu à la liberté dans un état parfait de lucidité. Pendant dix ans, et jusqu'à la mort, la guérison ne s'est pas démentie.

Pour conclure, nous dirons que les symptômes les plus graves de démence et de paralysie peuvent exister chez un malade pendant plusieurs mois et sans qu'il soit encore possible de les rattacher à nulle lésion organique incurable de la masse cérébrale. D'où provient alors cette abolition rapide des fonctions intellectuelles?

Cet état d'abrutissement moral et intellectuel dans un laps de temps très court (trois, six mois, un an) tient probablement aux caractères d'une violente inflammation dont le propre serait d'accumuler subitement dans les vaisseaux encéphaliques une énorme quantité de sang. Cette condition pathogénique admise,

nous pouvons nous expliquer plus aisément la promptitude avec laquelle les symptômes de stupidité font leur apparition.

La persistance de cet excès de réplétion sanguine s'oppose chez quelques malades au rétablissement de l'exercice intellectuel entraînant aussi une aggravation des agents moteurs, mais c'est toujours les symptômes de démence qui dominent le drame pathologique, pendant tout le temps que se prolonge l'existence du malade.

Quelle que soit alors la lésion, elle peut rétrograder, et avec elle tous les symptômes de démence et de paralysie. On est moins surpris alors des cas, en apparence si extraordinaires, dont parle Marcé et tant d'autres auteurs, et qui n'étaient en réalité que des rémissions et des guérisons de pseudo-démence. Cette démence aiguë se termine le plus souvent par la guérison et se transforme rarement en démence véritable.

Ce qu'on observe dans les formes maniaques et mélancoliques de la paralysie générale peut donc avoir lieu dans la mélancolie avec stupeur mélancolique, ou simplement dans la stupeur paralytique, alors même qu'elles ont offert les apparences d'un état avancé de démence qui s'est prolongé plusieurs mois. (Jacobi a bien décrit la mélancolie stupide des paralytiques dans une observation très remarquable qui a été reproduite dans les Archives cliniques.) (*Archives cliniques*, t. I, p. 225.)

La distinction de la *pseudo-démence* dans la première période de la paralysie générale avec la démence véri-

table repose, presque uniquement jusqu'ici, sur la marche différente de la maladie qui est plus ou moins rapide dans un cas et au contraire très lente et progressive dans l'autre.

En résumé, des faits qui précèdent nous pouvons conclure :

1° Que la mélancolie avec stupeur paralytique ou simplement la stupeur paralytique peuvent revêtir les caractères les plus graves et simuler une démence avancée, et cependant être suivies, même après plusieurs mois, de rémissions remarquables ;

2° Que quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement, à la première période de la paralysie générale, ils peuvent ne point appartenir à la démence véritable, mais à une pseudo-démence constituant un état spécial non encore suffisamment étudié ;

3° Que de simples troubles circulatoires sont susceptibles de déterminer l'apparition de symptômes graves de la démence paralytique, tout comme les lésions organiques de cette affection, mais tous ces symptômes sont souvent transitoires comme les troubles circulatoires qui leur ont donné naissance ;

4° Que la pseudo-démence dans la paralysie générale ne peut jusqu'ici être distinguée de la démence véritable que par son invasion rapide ou par des signes de stupeur.

OBSERVATIONS

Nous avons divisé nos observations en quatre classes.

Dans la première, nous plaçons celles dans lesquelles les symptômes de deux ordres, symptômes physiques et symptômes intellectuels, ont été pendant plusieurs mois très nettement accusés pour qu'à aucun moment il n'ait pas été possible de douter de l'existence réelle de la paralysie générale. Les malades de cette catégorie ont guéri assez promptement et avec disparition complète de tous les symptômes. Ce sont ces cas qui rentrent pour la plupart dans la catégorie des folies congestives ou folies paralytiques de M. Baillarger.

Dans la seconde classe, nous rangeons les observations dans lesquelles certains symptômes, et le plus souvent ce sont les symptômes psychiques, se sont atténués plus ou moins longtemps pour faire croire à la guérison. Mais alors, il restait toujours assez de signes pour permettre le diagnostic de la paralysie générale préexistante. Ce sont ces malades qui rentrent dans la catégorie des rémissions incomplètes et de longue durée.

Il existe une catégorie de malades chez lesquels la durée de la paralysie générale est successivement longue et d'une lenteur telle que ceux qui en sont atteints peuvent vivre bien au delà des limites que l'on assigne généralement à la maladie. Ces cas, exempts de rémissions, constituent la troisième variété de nos observations.

Enfin, dans une dernière classe, nous plaçons les observations qui se rapportent à la pseudo-paralysie générale, d'origine syphilitique.

Nous rapportons également un cas d'autopsie qui nous montre l'état des méninges et du cerveau dans la période du début de la paralysie générale.

I. —OBSERVATIONS DE LA PREMIÈRE VARIÉTÉ

Observation I.

Cette observation a été recueillie par M. Ferrus : il s'agit d'un malade dont la guérison s'est maintenue pendant 25 ans. Ce fait est rapporté dans la thèse de M. le professeur Lasègue et reproduit de nouveau dans l'appendice au traité d'aliénation mentale de Griesinger.

« Le malade, ancien professeur de belles-lettres, avait, après de courts prodromes, été pris d'un accès de délire ambitieux, accompagné des symptômes caractéristiques; d'autres accès avaient suivi, pendant trois mois, se répétant à diverses reprises et laissant, dans l'intervalle le plus calme, des idées de grandeur et les troubles nerveux les plus significatifs. Placé dans un asile privé, marchant avec peine, paresseux dans ses mouvements et avide de nourriture, il avait vu sa santé générale se détériorer graduellement; les gencives étaient devenues scorbutiques, des pétéchies avaient apparu, des eschares avaient creusé la peau en dessous des saillies osseuses et il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine. Peu à peu et dans un espace de temps assez court, les symptômes s'améliorent, la constitution se raffermit, les mouvements reprennent de la

régularité, et après un an environ de maladie, la guérison était complète. Elle s'est maintenue jusqu'à la mort survenue 25 ans après l'invasion de la paralysie à la suite d'une affection thoracique; il n'est resté aucun phénomène pathologique, si ce n'est une gêne singulière de la parole ; il ne bégayait pas; mais fréquemment il s'arrêtait avant de prononcer un mot et surtout avant de commencer une phrase; puis, après cette brusque interruption, il reprenait le cours de son discours. »

Observation II.

Cette observation est due à M. Baillarger qui la donne comme un exemple de manie congestive terminée par guérison.

M. X..., âgé de 51 ans, fut conduit dans un hospice d'aliénés, au mois d'avril 1853; il était en proie à une extrême agitation et à un délire ambitieux des plus prononcés. Ce délire avait marqué le début de la maladie qui remontait déjà à trois mois; il s'était manifesté par une générosité excessive, des idées de spéculation, des achats nombreux, le désir de donner des dîners, des soirées, etc. Dans les jours qui suivirent son entrée à l'asile, X... demandait sans cesse à sortir de l'établissement pour aller habiter le château des Tuileries ; il prétendait gouverner l'Etat, etc.

A ces symptômes d'une manie aiguë avec prédominance d'idées de grandeur se joignait de l'embarras de la prononciation.

Après six semaines environ on vit l'agitation se

calmer, le malade parut aussi vouloir se rattacher à des idées plus saines et reprendre les habitudes et la tenue d'un homme bien portant ; mais cette rémittence fut de courte durée et le délire reparut avec des caractères différents, mais non point inquiétantes. X... s'occupe à ramasser des petits morceaux de papier, il apprécie mal la durée du temps, oublie le nom de ses parents qui viennent le voir.

Ayant dû subir l'amputation d'une jambe par suite d'une chute grave, il ne manifesta aucune douleur pendant l'opération et bientôt il fit tous ses efforts pour arracher les pièces du pansement ; dans le courant du mois d'août, c'est-à-dire après quatre mois d'isolement, l'état mental s'était de nouveau amélioré ; c'est pendant le cours du mois de septembre et d'octobre qu'un changement favorable s'était opéré dans l'état de X..., sa tenue est meilleure, les idées plus nettes.

Au milieu du mois de novembre, Ferrus, Tardieu et moi fûmes appelés pour constater l'état mental de M. X... Il n'y avait d'autre signe de paralysie que l'inégalité des pupilles; les réponses justes, mais brèves. Nous pensâmes que X... n'était pas guéri complètement, parce qu'il n'avait point conscience des accidents graves qu'il venait de traverser ; il fut mis en liberté sur les conclusions de notre rapport médico-légal.

Cinq années après sa sortie j'ai pu savoir par une lettre d'une personne de son pays qu'il n'avait aucun signe de folie.

Observation III.

Cette observation est rapportée par M. Bayle dans son traité de méningite.

M. L..., âgé de 44 ans, avait un de ses frères dans un état voisin de l'idiotie; il avait fait beaucoup d'excès de toute sorte. En 1815, il fut atteint d'un accès de manie, qui se dissipa complètement au bout d'un temps assez court; en mai ou juin 1818, il eut une attaque de paralysie, devint mélancolique, et bientôt après fut pris d'une manie avec délire ambitieux. « Il avait 500,000 fr. de rente, il était ministre, maréchal de France, il parlait beaucoup et avec une grande exaltation; mais sa prononciation était souvent très difficile et il bégayait, sa démarche était mal assurée. »

Il resta ainsi sept mois dans un état violent de manie, et Bayle qui cite cette observation ajoute « que non seulement le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué, mais qu'en outre la démarche était chancelante et la langue très embarrassée; enfin le malade urinait souvent sous lui sans en avoir conscience. »

Malgré ces symptômes si graves, le malade guérit, et Bayle ajoute que cet exemple de guérison est plus frappant que ceux qu'il a déjà rapportés, parce que le rétablissement de la raison a été complet et durable.

Observation IV.

Cette observation est tirée de l'appendice au traité des maladies mentales de Griesinger. M. Baillarger la donne comme exemple de folie congestive terminée par la guérison.

M. M..., âgé de 42 ans, est d'une constitution vigoureuse, son intelligence est au-dessus de la moyenne. Un de ses oncles du côté paternel était

aliéné, et une tante du côté maternel avait été mélancolique.

Au mois d'août 1847, ayant perdu un de ses enfants et supporté quelques difficultés d'argent, M... commença à devenir triste, et eut au commencement de l'année 1848 plusieurs attaques épileptiformes dans un même jour. On dit même qu'avant cet accident sa parole était embarrassée, et qu'il lui était impossible d'écrire tant était grande la faiblesse des bras ; cet état s'aggrava, et vers le milieu de l'année 1848, le malade fut admis dans l'asile de Bloomingdale.

A son entrée, agitation très vive, loquacité incohérente, activité incessante, délire ambitieux ; il parle surtout d'affaires d'argent. Il a besoin d'aller à la Bourse pour y acheter 35,000 dollars d'actions de chemin de fer. — « Il parlait rapidement, mais sautait fréquemment une syllabe, et hésitait quelquefois, incapable de prononcer certains mots. »

6 *août*. — La pupille gauche est plus large que la droite, et il y a évidemment faiblesse paralytique de tous les membres ; bientôt il ne peut plus marcher sans aide.

Le délire des richesses va en augmentant : dans une seule ville, il possède 150 moulins, contenant chacun 5 séries de meules, et donnant 25,000 sacs de farine par semaine, ce qui lui rapporte 1 million de dollars ; il a une mine d'or en Afrique. — Demain il va partir pour un long voyage en Europe ; il s'arrêtera en France, en Angleterre, à Constantinople (Con-con-stan-nople), etc. La sensibilité est obtuse, le goût imparfait.

21 *août.* — Paralysie des sphincters ; l'embarras de la parole est plus sensible à certains jours qu'à d'autres ; la mémoire est presque nulle, le malade a un grand nombre de plaies sur le corps. Les idées de grandeur persistent.

20 *septembre.* — M. M... a cessé d'être gâteux, son délire persiste, l'écriture est meilleure.

3 *novembre* 1848. — Il quitte l'asile de Bloomingdale pour entrer dans la maison particulière du docteur Macdonald, à Fleeshing. Au bout de quelque temps sa position commença à s'améliorer, et il sortit guéri.

On attribue cette guérison aux seuls efforts de la nature.

M. M... vivait encore en 1857, jouissant d'une excellente santé physique et intellectuelle, et s'occupant d'affaires importantes avec succès.

Un groupe d'observations se rapportant à la première variété.

La sphère de cette étude doit être circonscrite ; elle ne nous permet donc pas de multiplier le nombre de nos observations, qu'il sera facile de découvrir en compulsant les différents auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale.

M. Billod (*Annales méd.-psych.*, 1850, t. XI, p. 608 et suivantes) cite un cas de guérison bien authentique, dans un travail intitulé : Recherches sur la paralysie générale; il rapporte avec beaucoup de

détails ce cas curieux observé, il est vrai, dans une période peu avancée de la maladie. Dans une autre circonstance, il aurait observé un *second cas de guérison* assez durable pour persister encore au bout de huit années, et récemment un *troisième cas* dans son service de Vaucluse, avec disparition complète de tous les symptômes.

M. Bonafous (*Annales méd.-psych.*, mai 1869) rapporte un *cas de guérison* de paralysie à la suite de bains prolongés.

Bouillaud (*De l'encéphalite*, 1820, p. 88), un *cas de guérison* chez une infirmière âgée de 46 ans, à la suite d'un vaste phlegmon de la région lombaire.

M. Trélat, dans le répertoire des observations inédites (*Annales méd.-psych.*, t. VI, 1845), un *cas de guérison définitive* chez une dame : à la suite d'une consultation avec Rostan, il y avait eu application d'un large séton à la nuque.

Page 686, une observation de guérison, qui persistait encore cinq ans après la sortie, et survenue après une suppuration abondante; le malade ayant fait une chute violente qui avait rendu nécessaire l'amputation de la jambe.

Page 693, une observation de guérison au bout de trois ans de maladie.

Page 695, une observation de guérison chez une malade dont la famille présentait trois cas de suicide.

M. Jules Falret (*Thèse*, Paris 1853, p. 143) cite une observation de guérison de paralysie générale au début.

Marcé (*Gaz. des Hôpitaux*, 1863), une observation de guérison soutenue pendant un an.

Morel (*Annales méd.-psych.*, 1858, p. 388) rapporte une curieuse observation de guérison définitive après huit mois de maladie, à la suite d'une vaste suppuration fournie par un abcès de foie. « Trois ans après cette guérison, ce malade exerçait à Paris la profession de teinturier sur une vaste échelle, sans que sa raison ait souffert la moindre atteinte, sans que les phénomènes de la paralysie aient reparu. Tel est cet homme dont nous avions pronostiqué, non seulement l'incurabilité, mais encore la fin prochaine. »

M. Foville fils (*Annales méd.-psych.*, 1858, p. 378) cite une observation de guérison à la suite d'un grand nombre de plaies sur le corps. Neuf ans après, l'ancien paralytique s'occupait encore d'affaires importantes avec succès.

Cette dernière observation a été traduite par Foville fils et extraite d'un travail du Dr Earle sur la paralysie générale, travail publié en juillet 1857 dans le *The American Journal of the medical science*.

Bayle (*Maladie du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826, p. 362), une observation de guérison complète au bout de huit mois de maladie.

Page 367, une observation de guérison après huit ou neuf mois de maladie.

Esquirol (Delaye, *Thèse*, Paris 1824) avait observé un cas de guérison de paralysie générale à la suite d'hémorroïdes spontanées. Ce fait démontre, ajoute Delaye, que la maladie dont nous parlons peut guérir.

M. Fabre (*Thèse*, Paris 1832), une observation de guérison, chez le sieur Louis Buffé, âgé de 47 ans. A la suite de contusions violentes ayant déterminé une fonte purulente de la jambe droite, Ferrus fit pratiquer l'amputation de la cuisse par Murat le 26 juin 1830. Buffé sort guéri de tous ses maux le 6 septembre 1830.

M. Laffitte (*Archives cliniques des maladies mentales*, t. Ier, p. 36), une observation de guérison à la suite de suppurations abondantes. Le malade est sorti guéri de l'asile de Blois le 13 juillet 1857. Le Dr Lunier, dans le service duquel se trouvait le malade, affirme qu'en 1870 la guérison ne s'est pas encore démentie.

M. Combes (*Thèse*, Paris 1858), une observation de guérison après plus d'un an de maladie, à la suite d'un écoulement purulent par les deux oreilles.

Bulard, une observation de guérison après deux ans de maladie, à la suite d'une fracture du tibia avec plaie pénétrante.

M. Baillarger (Appendice au *Traité des maladies mentales* du professeur Griesinger, Paris 1869) :

Page 643, une observation de guérison soutenue et persistant alors depuis treize ans.

Il nous semble que l'authenticité et le nombre de ces observations nous permettent d'affirmer que la paralysie générale peut guérir, et qu'il ne faut jamais désespérer des malades, malgré les assertions les plus contradictoires et les plus pessimistes d'un certain nombre d'aliénistes. Il ne faut pas se hâter d'annoncer avec trop de précipitation un pronostic funeste

à la famille lorsque cette maladie, si bizarre dans sa physionomie et si capricieuse dans ses allures, trompe souvent les prévisions des médecins les plus expérimentés. Il faut, disons-nous, s'armer de courage et recourir, comme le conseille Calmeil, à un traitement curatif, et surtout pendant la première période, c'est-à-dire lorsque le processus inflammatoire n'a pas encore eu le temps de s'affirmer par la désorganisation des éléments nobles.

OBSERVATIONS

de folie congestive avec embarras de la parole et symptômes psychiques.

Observation I (Renaul du Motey).

Homme de quarante-neuf ans. — Paraplégie, trace d'hémiplégie faciale. — Délire des grandeurs tout à fait exubérant; le malade prétend qu'il a hérité de treize millions de doublons d'Espagne; il est surveillant de l'empereur; il forme les projets les plus gigantesques; il est appelé à rendre à l'État les plus grands services, il a une force herculéenne. Hallucinations de la vue et de l'ouïe, embarras *très grand de la parole*, signes de démence.

Durée de la maladie, treize mois.

Autopsie. — Arachnoïde *transparente, parfaitement saine*, aucune trace d'adhérence des membranes; après leur enlèvement, cerveau *lisse* et *poli*. Les substances grise et blanche du cerveau sont légèrement injectées, mais leur *cohésion est normale*. On n'y découvre aucun point dont la *coloration ou la consistance soit équivoque*. (*Archives cliniques*, t. I, p. 385.)

Observation II (Parchappe).

Femme de cinquante-deux ans. Agitation maniaque avec délire ambitieux, embarras de la parole non continu, mais poussé parfois si loin que la malade ne pouvait plus articuler; plus tard, conceptions

délirantes hypochondriaques. Pendant la dernière année, l'embarras de la parole a disparu, signes de démence.

Durée de la maladie, trois ans.

Autopsie. — « Point *d'épaississement des membranes*, substances grise et blanche *saines*, *fermes;* circonvolutions minces, petites; anfractuosités peu profondes.

Que conclure de ces deux faits, sinon que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale persistent dans certains cas, une année et plus; sans être liées aux lésions de la périencéphalite chronique et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires (Baillarger).

OBSERVATIONS

de paralysie générale sans embarras de la parole.

Observation I (M. Nasse).

Homme de cinquante ans. Prédisposition héréditaire. Habitudes de débauche. Querelles et discussions avec les membres de sa famille.

A l'entrée de l'asile, excitation et délire des grandeurs. Pendant son séjour, on observe chez le malade plusieurs syncopes. Comme signes physiques : asymétrie faciale, *inégalité pupillaire*, mais *pas d'embarras de la parole.*

Après deux mois, l'amélioration survient lentement, et une variole confluente n'entrave en rien les progrès de la convalescence. Le malade sort *cinq mois* après son entrée.

Depuis *cinq ans* la raison et l'intelligence *ont conservé leur intégrité.*

A la suite de cette observation, M. Nasse déclare qu'après avoir regardé son malade comme étant atteint de paralysie générale, il a été surpris de sa guérison. Il ajoute que cette guérison inespérée et beaucoup d'autres « lui imposent la règle de ne plus poser à l'avenir aucun diagnostic de paralysie générale tant qu'il n'aura pas constaté le *trouble du langage*, signe qu'il considère, dit-il, comme le plus important des symptômes paralytiques, et de ne plus s'en laisser imposer désormais uniquement par l'influence prédominante des troubles psychiques. »

Observation II (M. Christian).

Artiste peintre. Quarante-huit ans. Accès maniaque avec excitation très vive, actes de violence, insomnie, etc. Le délire est caractérisé par des idées de grandeur absurdes et incohérentes. Les pupilles inégales, mais on n'a pu constater *ni embarras de la parole ni tremblements fibrillaires des muscles.* (Bains prolongés, séton à la nuque, purgatifs.)

L'amélioration ne survient qu'après une année; le malade reste alors près d'une année encore dans un état qu'on ne pouvait assimiler à la guérison. Il était très irritable et sujet à de violents emportements pendant lesquels il devenait incohérent.

Ces symptômes eux-mêmes disparurent, et le malade put rentrer dans sa famille après une séquestration qui avait duré plus de deux années.

Depuis deux ans la guérison se maintient, ce peintre a repris ses travaux, mais il y a persistance de l'inégalité pupillaire.

Cette observation est remarquable par la durée de la maladie qui était caractérisée par le délire maniaque avec prédominance de délire des grandeurs, absurde et incohérent, et, de plus, par l'inégalité pupillaire. Malgré tous ces symptômes, M. Christian déclare qu'il n'a pas regardé son malade comme atteint de paralysie générale. D'autre part, il ne voit pas non plus dans ce cas un accès de manie simple, et il émet cette opinion que peut-être il y aurait lieu d'admettre, pour les faits de cette nature, une classe intermédiaire.

De quelle manière doit-on envisager les observations qui précèdent et toutes celles qui leur ressemblent? D'après la théorie actuellement en vigueur il faut conclure à l'existence de la paralysie générale ou de la folie simple. Une pareille opinion, dit M. Baillarger, est impossible à soutenir. En effet, comment classer dans les folies simples des malades qui présentent des symptômes qu'on regarde généralement comme presque pathognomoniques de la périencéphalite chronique. Il est également difficile de considérer ces mêmes malades comme appartenant tous, dès le début, à la paralysie générale, car bien que la maladie se fût prolongée longtemps (six mois, un an, deux ans, quatre ans), on a pu voir que, dans aucun cas, les lésions de la périencéphalite chronique n'ont été constatées à l'autopsie.

Il faut donc ici encore, comme on l'a déjà fait pour les pseudo-paralysies générales, expliquer les symptômes par de simples troubles circulatoires, troubles mobiles et passagers, et qui peuvent ne laisser après eux aucune lésion organique. S'il en est ainsi lorsque la symptomatologie semble complète, à plus forte raison doit-on pouvoir constater l'absence des lésions organiques dans des cas où la maladie est presque uniquement caractérisée par des symptômes psychiques.

Tous ces faits et beaucoup d'autres semblables doivent rentrer dans une classe intermédiaire, d'une création récente, et que nous désignerons sous le nom de *folies congestives* :

II. — OBSERVATIONS DE LA DEUXIEME VARIÉTÉ

Observation I.

Cette observation est empruntée à la thèse de M. V. Lemaître ; elle lui est communiquée par M. Legrand du Saulle comme un exemple de rémission de longue durée, mais incomplète.

En 1857, M. Aubanel traita un négociant des Bouches-du-Rhône, âgé de 47 ans, lequel était en proie au délire des grandeurs le mieux caractérisé et à l'excitation maniaque.

Trois mois après, le malade paraissant rétabli, rentra chez lui, reprit ses affaires, retourna à la Bourse, et se montra presque aussi intelligent qu'auparavant.

Néanmoins on remarquait de l'indécision, de la timidité dans ses opérations financières, et une tendance inaccoutumée à l'inquiétude et au pessimisme.

En 1858 il s'anima tout à coup et devint fanfaron et audacieux. En face de l'imminence d'une rechute, Aubanel envoya le malade à M. Baillarger, qui le traita par les bains prolongés, le régime lacté et l'eau de laurier-cerise et fut assez heureux pour voir, après quatre mois, une nouvelle rémission se déclarer. Le malade retourna chez lui, vécut à la campagne et ne s'occupa presque plus d'affaires, son niveau intellectuel et sa mémoire ayant considérablement baissé.

En janvier 1859, M. X... s'agite de nouveau, parle avec loquacité, veut entreprendre un trafic immense avec l'Orient, projette des spéculations grandioses

et annonce que l'Empereur pourrait bien le nommer sénateur.

Legrand du Saulle voit le malade le 20 janvier pour la première fois. Il lui trouve un teint coloré, la face congestionnée. M. X... s'emporte sans motif, menace quiconque ne lui obéira pas, et est finalement d'une docilité puérile. Il met tout le monde au courant de ses affaires, s'émeut et pleure à chaque instant, titube et bégaye.

Du 3 février au 1er mai 1859, M. X... parcourt une grande partie de l'Italie à petites journées dans sa propre calèche. M. Legrand du Saulle l'accompagne partout. Après avoir été loquace et orgueilleux pendant quelque temps encore, le malade s'améliore et finit par recouvrer une partie de sa lucidité.

Le 20 mars 1859, une nouvelle rémission était acquise.

Cette rémission fut de très courte durée.

Abaissé intellectuellement, ayant quelques préoccupations hypochondriaques, de l'inégalité pupillaire, du tremblement des lèvres, de la langue et des mains, de la titubation, de l'embarras de la parole, songeant de moins en moins à ses affaires, M. X... ne tarda pas à être ramené à sa maison de campagne et cessa désormais toute occupation sérieuse.

Il lisait encore les journaux, mais commençait à ne plus pouvoir écrire.

En mars 1860, M. Legrand du Saulle revoit le malade et trouve qu'il a considérablement décliné.

M. X... passe l'hiver de 1860 à 1861 à Pau et vient ensuite habiter Paris en avril 1861. Il se pro-

mène tous les jours, va plusieurs fois par semaine au Bois de Boulogne dans sa voiture. Il demeure étranger à tout. De temps en temps il éprouve une petite poussée congestive. Il suit une médication et une hygiène appropriées, et se maintient trois ans dans cet état, mais se dégradant chaque jour davantage.

En 1864, M. X... est reconduit à sa maison de campagne, en Provence, et il y meurt en juin 1868, dans le marasme paralytique le plus complet, après plus de onze ans de maladie.

Observation II.

Cette observation est tirée des *Annales méd.-psych.*, elle est due à M. Doutrebente, comme exemple de paralysie générale à double forme et à rémission incomplète.

R... (Valentin), âgé de 34 ans, étudiant en droit, né à P... et domicilié à B..., appartient à une famille dans laquelle il y a plusieurs cas de névropathies héréditaires. En 1870, il s'est marié et aurait, paraît-il, communiqué à sa jeune femme une maladie syphilitique dont il était atteint déjà depuis quelque temps. Cet événement paraît avoir eu une certaine influence sur l'esprit de R..., il en parle parfois avec douleur, se reproche sa conduite passée, demande la mort et le châtiment de ses fautes.

C'est seulement en décembre 1876 que R... a été soumis directement à notre observation. Il avait déjà été soigné dans deux établissements spéciaux; la paralysie générale avait été constatée par plusieurs médecins en août 1870.

Nous avons observé ce malade pendant près de quinze mois ; il a la double forme et une période de rémission pendant laquelle la santé générale devient très satisfaisante : 1° une période d'agitation violente avec idée de satisfaction, parole hautaine, gestes brusques, irritabilité excessive : durée quinze jours environ;2° une période de dépression profonde, avec délire hypochondriaque de nature spécifique : R... ne veut plus manger ; il est pourri, son estomac est décomposé, il n'a plus d'intestins. Pendant 30 ou 40 jours il faut le nourrir avec la sonde œsophagienne ; il devient gâteux, refuse de sortir de son lit, ses jambes ont été coupées, assure-t-il, il ne peut plus marcher. La famille de R... a plusieurs fois été prévenue à ce moment qu'une issue fatale et prochaine était imminente ; c'était une fausse alerte.

Une période de rémission se produisait alors brusquement ; le malade se levait et mangeait seul.

Nous avons observé quatre fois le retour successif et régulier de l'agitation, de la dépression hypochondriaque et de la rémission.

Les troubles de la motricité étaient persistants.

Observation III.

Pierre M..., 43 ans, marchand ambulant, marié, est entré le 24 février 1871 à l'asile de Toulouse. Peu intelligent, cet homme, au dire de tous, était un père de famille rangé et remplissant bien ses devoirs. *Sœur aliénée.* La maladie débuta chez lui, en 1863, par des congestions cérébrales qui se répétèrent en 1870 et 1871.

Juin 1873. — La paralysie générale de ce malade est dans un état de rémission.

Novembre. — La maladie semble avoir repris une marche progressive, les troubles de la motilité s'accentuent davantage.

Février 1874. — Pierre M... est maintenant presque continuellement alité à l'infirmerie.

Septembre 1875. — Depuis deux mois l'état mental et physique de M... s'est transformé. De tous les symptômes graves de paralysie qu'il présentait il ne reste plus que de l'embarras de la parole, peu marqué, un léger tremblement de la langue et quelques contractions fibrillaires des muscles de la face.

Au point de vue mental, de l'affaiblissement intellectuel, mais pas de conceptions délirantes. Tel est encore, octobre 1878, l'état physique et psychique de ce malade.

Observation IV.

Cette observation est tirée du quatrième groupe d'observations que M. le Dr Marandon de Montyel rapporte dans les *Annales méd.-psych.* 1878, série relative à des malades ayant présenté tous les symptômes de cette grave maladie, et terminée par une amélioration très notable et de longue durée.

Bertrand A... âgé de trente-trois ans, menuisier, célibataire, est entré le 7 août 1863 à l'asile de Toulouse. Doué d'intelligence et de moralité, il avait une bonne conduite. *Son père a été aliéné.* Il a eu, raconte-t-on, en Afrique, un dérangement intellectuel de

courte durée, à la suite d'une vive frayeur. Quoi qu'il en soit, la paralysie générale dont il était atteint datait seulement de dix-huit mois et avait eu une invasion lente. Durant les années 1864 et 1865, l'état mental et physique de Bertrand A... se modifia considérablement. Les symptômes paralytiques s'amendèrent peu à peu et disparurent. Aujourd'hui, octobre 1878, ils n'ont pas encore reparu et le malade n'a jamais présenté à notre examen que les caractères de la démence.

Observation V.

Cette observation est empruntée à M. Doutrebente, qui l'a consignée dans sa thèse. Paris, 1870, p. 51.

A..., âgé de cinquante ans, ancien négociant, que nous regardons en 1870 comme un malade atteint de paralysie générale chronique, avec rémission incomplète, a été visité par un grand nombre de médecins spécialistes ; la maladie a été diagnostiquée par le Dr L. et, depuis, huit médecins spécialistes, à ma connaissance ont pu l'examiner à loisir ; ils ont tous admis l'existence de la paralysie générale. J'ai vécu avec lui dans l'intimité pendant deux années, ce qui m'a permis de constater les symptômes essentiels de la paralysie générale, la démence et les troubles de la motricité.

C'était en 1867 et 1868 ; nous avons vu se produire, à cette époque, quelques poussées congestives qui déterminaient pendant plusieurs jours une aggravation de tous les symptômes ; M. A... bredouillait davantage en parlant et devenait malpropre. Aujourd'hui, après une durée de quatorze ans, la maladie

est comme enrayée dans sa marche progressive: M. A... vit dans sa famille, il est tout à fait inoffensif et accepte facilement une surveillance attentive et dévouée. S'il a eu au début des idées de grandeur et des accès de prodigalité, il a bien encore quelques idées de satisfaction ; il n'a confiance qu'en lui, mais il est devenu avare et soupçonneux. Il raconte chaque jour les mêmes anecdotes et dans les mêmes termes ; l'embarras de la parole persiste toujours.

Observation VI (inédite).

Rémission incomplète et de longue durée

Asile Sainte-Anne.—Recueillie dans le service de M. le Dr Magnan.

Le malade L... arrive le 1er septembre 1879, en pleine excitation : il frappe, casse, déchire. Mais derrière cette agitation maniaque, cette loquacité incohérente, apparaissent un affaiblissement très net des facultés intellectuelles et de la mémoire, divers projets ambitieux, multiples et contradictoires : on constate, d'autre part, de l'embarras de la parole, de l'inégalité des pupilles (la gauche est plus large). Aussi les Drs Bouchereau et Magnan concluent-ils, dans leurs certificats d'entrée, à la paralysie générale.

Tout ce qu'on a pu savoir des antécédents morbides, c'est que L... aurait eu antérieurement plusieurs attaques épileptiformes.

En décembre de la même année, surviennent quelques idées hypochondriaques, mais qui durent peu : des périodes de dépression alternent avec les périodes d'excitation. Peu après, sous l'influence du repos à l'asile et du traitement, les divers phénomènes s'amendent : les projets extravagants, l'agitation diminuent, puis disparaissent ; l'hésitation de la

parole devient, peu à peu, presque inappréciable, et enfin ne se constate même plus en mars 1880. La mémoire est restée assez précise ; le malade est redevenu raisonnable : pourtant l'inégalité des pupilles persiste ; et le jugement est devenu un peu enfantin.

La rémission est très nette : le malade L... est mis en liberté le 11 mars 1880.

Un an après, le 6 avril 1881, L... est ramené à l'asile : durant tout le temps de sa sortie, il avait repris son travail d'employé de commerce, et s'en était bien acquitté. Mais huit ou dix jours avant sa deuxième entrée, L... a recommencé à paraître bizarre. Il devenait mobile d'humeur, parlait beaucoup à tort et à travers, se croyait plus riche qu'il n'était en réalité, distribuait de l'argent à tout le monde, faisait des acquisitions inutiles, voulait se faire décorer, versifiait, s'excitait, etc.....

Arrivé à l'asile, L... se montre agité : il est, du reste, très affaibli mentalement ; ses projets ambitieux sont des plus incohérents : « Je suis le fils de Louis-» Philippe, de saint Louis ; ma mère est une des-» cendante de saint Martin ; je suis comme Démos-» thène ; je vais vous faire trois cents vers sur le Nou-» veau Testament, etc..... » La mémoire pourtant est encore assez précise ; mais l'hésitation de la parole est redevenue très apparente ; les pupilles sont toujours inégales, et cette fois dilatées ; la droite est, à ce moment, plus large.

A la suite d'une attaque apoplectiforme, l'embar-

ras de la parole devient énorme, puis, au bout de quelques jours, s'amende un peu : l'excitation augmente et prend de plus en plus l'aspect maniaque. Le malade rit, pleure sans motif, embrasse ceux qui l'approchent, crache sur sa main et étend le crachat avec son doigt parle avec une volubilité incessante, est tout à fait incohérent, chante, crie, danse, etc.... Après plusieurs alternatives de calme et d'agitation, L... entre, en juillet 1881, dans une période de dépression hypochondriaque, avec craintes confuses et incohérentes d'empoisonnement, de persécution. Il reste au lit, et, triste, d'une voix dolente, gémit : « C'est fini ! je suis perdu ! On m'a mis » une ciguë dans ma boisson : c'est Charles X. Oui, » Napoléon ne m'aimait pas : c'est fini ! On parle » mal de moi, etc. »

Après maintes alternatives ou bien de dépression avec découragement, sentiments pénibles, confus, variables et contradictoires, ou bien de relèvement avec sentiment de bien-être, gaîté, satisfaction enfantine, etc.., L... commence à s'améliorer graduellement en octobre 1881. L'inégalité des pupilles persiste : mais l'hésitation de la parole diminue. Les conceptions sont toujours assez lentes, un peu puériles : mais elles redeviennent plus nettes, mieux suivies; l'intelligence paraît plus ouverte.

Octobre et novembre présentent encore divers moments d'abattement avec hypochondrie, indécision, etc..., ou d'allégresse avec contentement de soi-même, désir de s'occuper, etc... La parole s'améliore, il est vrai, d'une façon très irrégulière : à certains jours,

on constate une forte hésitation; d'autres fois, le malade parle très nettement, posément, toujours pourtant avec une certaine lenteur.

La rémission s'accentue en décembre 1881 : et, le 6 de ce mois, L... est remis, de nouveau, en liberté. Les pupilles sont toujours inégales; la parole est encore un peu embarrassée; le contentement du malade est le plus souvent enfantin; son caractère est devenu, d'ailleurs, d'une sensibilité très grande; il s'alarme ou se réjouit d'un rien et est très facile à diriger. Enfin l'intelligence reste assez faible, et l'activité mentale est encore assez restreinte. Dans ces conditions, L... est certainement moins amélioré qu'à sa première sortie : pourtant, des amis promettant de s'occuper de lui, l'amélioration étant d'autre part évidente, on ne peut que le rendre à leur affectueuse tutelle.

Sept mois après, pour la troisième fois, L... rentre à l'asile ; il est en état de démence. Tous les symptômes de la paralysie générale sont, chez lui, des plus prononcés : embarras de la parole, inégalité des pupilles, affaiblissement de la mémoire et des facultés mentales, incohérence profonde : en outre, on constate un mélange confus de sentiments hypochondriaques, amibtieux, etc... : « Vous avez ici L... mortel : je crois que je succomberai demain. C'est la guillotine! Je ne puis plus manger : ce sont les Quatre Nations qui l'empêchent. J'ai oublié mes oreilles: c'est la Porte Ottomane, c'est le chacal : il y a de tout, vous voulez me perdre ! etc... »

A d'autres moments, le malade s'agite, se promène

de-ci, de-là, se heurte aux murs, hurle: « Ta, ta, ta, ca pris co, tu to, pa rrrapé, etc...» Il bouscule tout le monde, prend tout ce qui lui tombe sous la main, devient vorace... — L... n'est plus qu'un dément, avec des périodes d'excitation, au cours de cette dernière phase de la paralysie générale.

Le 13 décembre 1882, il meurt subitement, et, à l'autopsie, on trouve les lésions classiques de la paralysie générale ou encéphalite chronique interstitielle diffuse du Dr Magnan : adhérences des méninges à la substance corticale, surtout au niveau des lobes frontaux, temporaux et sphénoïdaux; épaississement et granulations de l'épendyme des ventricules latéraux et du quatrième ventricule.

L'examen microscopique des diverses parties de l'encéphale et de la moelle sera fait ultérieurement.

Observation VII (inédite).

Rémission incomplète et de longue durée.

Cette observation a été publiée par M. de Lamaestre, sous le titre de *manie congestive*.

Nous croyons plutôt à l'existence d'une paralysie générale au début; ce dont nous sommes assuré par la suite de nos recherches.

M. de X... est âgé de 37 ans, négociant. Il entre à Ville-Evrard le 30 mars 1880.

13 avril 1880 : arrière-grand-père maternel atteint de démence sénile, mort à soixante-dix ans, dans une attaque d'apoplexie cérébrale. Grand-oncle maternel

intelligent, mais fantasque, bizarre, original, mort, après une maladie de six semaines, dans la maison de santé de M. Falret, à Vanves.

Mère nerveuse et d'un caractère très original, très irritable, exalté.

Un frère intelligent, mais de tempérament un peu nerveux, est actuellement préfet.

Tels sont les antécédents héréditaires qui ont pu être constatés. Lui-même a toujours été d'un caractère *mal équilibré*; brusque, boudeur, passionné, des plus fantasques, ayant souvent des projets, des idées extraordinaires; en somme très difficile à vivre et ayant besoin d'un guide.

Rien de particulier à noter jusqu'à l'âge de 18 ans. Il a fait d'assez bonnes études à Louis-le-Grand; a eu plusieurs prix (s'est masturbé au collège). A ce moment, quand il commença à faire son droit, devint taciturne et l'est toujours resté depuis.

Il ne paraît pas avoir fait d'excès de boissons ni de femmes : vie assez régulière, onanisme. En 1871, eut une petite-vérole très grave, avec délire la nuit : il faillit succomber.

Depuis, l'intelligence s'en est toujours ressentie et perdit sa vivacité, son brillant : la mémoire diminua aussi.

Il y a dix ans eut un violent chagrin d'amour qui l'impressionna singulièrement à la suite de discussions. Se livrait encore vers cette époque à des pratiques quotidiennes d'onanisme; ce qui paraît, malgré ses dénégations, assez bien établi à la suite de divers témoignages.

Se maria, il y a sept ans, et fit assez bon ménage; deux enfants, deux filles sont nées de ce mariage, assez délicates, assez nerveuses, surtout l'aînée. Ces enfants ont eu à certains moments des habitudes d'onanisme qu'il fallut réprimer.

Se plaignit il y a deux ans de fortes et continuelles névralgies à la tête; le médecin le traita par l'hydrothérapie.

Dans ces derniers temps, depuis un an surtout, eut des soucis d'affaires assez absorbants par suite d'une liquidation de maison de commerce (commission et exportation) dont son père lui transmettait la suite.

Il y a six mois, devint encore plus taciturne que d'habitude, eut des moments de découragement, d'angoisse, des insomnies, des idées de suicide. Le tracas des affaires devint pour lui de plus en plus lourd. Les névralgies à la tête, il y a six mois, firent place à une vive *gastralgie*; le malade eut des étourdissements (*vertigo a stomacho læso*), d'après le médecin traitant. Le malade se plaignit aussi de crampes très douloureuses dans les jambes, dans le ventre. Il y a deux mois à peu près, subitement, par un contraste qui stupéfia tout le monde, la tristesse disparut; le malade devint gai, tendre, expansif et même parfois trop expansif, loquace, se liant de camaraderie avec le premier venu.

Jusque-là sobre d'habitude, il paraît alors avoir fait quelques excès d'eau-de-vie. Jusque-là économe, il devint large et même prodigue.

Les névralgies, gastralgies, crampes disparurent; il dit se sentir beaucoup plus fort et ne put plus tenir

en place ; insomnies, projets exagérés, tout en restant dans les limites du possible.

Dans le dernier mois, se plaignit passagèrement de quelques fourmillements dans les mains, dans les jambes ; une nuit mouilla son lit sans s'en douter, ce qui ne lui était jamais arrivé.

Onze jours avant d'entrer à l'asile, fit déjà quelques extravagances, loua pour faire ses courses dans Paris, ses commandes (parfois un peu exagérées et maladroites), un cheval sur lequel il cavalcadait toute la journée. Il montra dès lors une activité dévorante, se surmena sans paraître le moins fatigué. Un jour, rencontrant des ouvriers dans la rue, sans les connaître, il fraternise et les invite dans un cabaret où il leur paie du vin blanc et des huîtres. Un autre jour il donne en gratification à chacun de ses employés un billet de 100 fr., ce qui contrastait avec toutes ses habitudes d'économie. Achète des cigares et en distribue à tout le monde.

Fait, paraît-il, une chute de cheval cinq jours avant d'entrer à l'asile, il tombe sur la tête. Dès lors, M. de X... commence à déraisonner franchement, se livre à toute espèce de projets extravagants, montre un érotisme qui étonne profondément toute sa famille, fait toute espèce d'achats inutiles, fait cadeau d'une magnifique robe avec perles et diamants à sa femme.

Les insomnies sont continues ; l'agitation devient incoercible. Le dernier jour, il parle d'aller acheter un château. Il va chercher un notaire, pour lui faire dresser l'acte d'achat (il était sept heures du matin) : attendant à la porte, il s'impatiente, s'irrite, frappe et

casse un carreau par lequel il envoie des prospectus de sa maison de commerce.

Enfin, sous prétexte d'un achat de chevaux, on le mène à Ville-Evrard. M. de X... arrive en bottes à l'écuyère, une cravache à la main, sur un air et un ton de commandement, un peu excité.

A l'asile, dans les premiers jours, montre de l'agitation, raconte toute espèce de projets ambitieux, incohérents, ne montre aucune suite dans sa conversation ; la nuit, a des insomnies, casse les carreaux, se livre à toute espèce d'actes désordonnés.

Malgré l'abondance et le peu de suite de ses discours, on saisit toutefois un certain affaiblissement mental très net, une inconscience complète de sa position et un état continu de satisfaction ; il se croit riche à millions, gouverneur de l'Afrique centrale, etc..., offre 100,000 fr. à l'asile, etc.

Dans sa marche, par moment, apparaît un peu d'hésitation; on dirait quelquefois, pendant une seconde, qu'il a des jambes de coton.

Pupilles égales, normales ; parole nette. Un peu de tremblement fibrillaire à la langue.

Aspect profondément anémique.

Au bout de huit jours s'évade et rentre chez lui. Le lendemain, se laisse ramener par les gardiens assez facilement.

Pris par la douceur, il est assez facile à diriger. Mais alors, il manifeste quelques idées de persécution : on l'a empoisonné à plusieurs reprises ; des brigands ont voulu le séquestrer ici, etc... Concurremment il a toujours ses idées de grandeur, ses projets ambitieux.

Pourtant la mémoire paraît encore assez conservée.

Peu à peu, le malade devient plus calme; tout en gardant ses projets, ses idées, il en parle moins. Les nuits sont meilleures, l'appétit est bon, la santé générale est assez bonne.

En somme, M. de X... est atteint d'une paralysie générale au début.

13 *avril* 1880. — Le malade est plus calme et plus docile depuis sa réintégration ; il a reçu avec plaisir la lettre de son ami, M. M... Il se promène, joue au piano, au billard. Santé générale bonne.

16 *avril* 1880. — Depuis deux jours, le malade est plus tranquille, plus raisonnable, il ne cherche pas à s'évader.

23 *avril* 1880. — Le malade est assez calme, malgré les nombreuses visites qu'il reçoit. On varie ses occupations de manière à le distraire le plus possible.

11 *mai* 1880. — Le malade présente des alternatives de calme et d'excitation, mais il est mieux que dans ces derniers temps.

22 *mai* 1880. — Ainsi que cela ressort de la lecture de ses lettres et de sa conversation, M. de X... possède toujours des idées de persécution, mais il n'a plus de ces crises d'excitation qui existaient au début.

30 *juin* 1880. — M. de X... sort pour aller passer trois mois à la campagne au bord de la mer, près de Belle-Isle-en-Mer.

Situation mentale au moment de la sortie, le 30 *juin.*

Ses projets ambitieux ont disparu, mais il persiste encore un certain sentiment de satisfaction.

Quelques sentiments d'animosité persistent encore contre certains de ses amis ou parents qui ont contribué, dit-il, à sa séquestration injustifiable.

Le malade est toujours d'un tempérament irritable, vibrant à la moindre excitation.

Parfois, il est heureux, enthousiaste ; parfois, il se déprime, se désespère, fond en larmes , et d'une part comme de l'autre, les prétextes sont des plus légers. En somme, on constate un très notable affaiblissement mental. Le niveau des facultés intellectuelles, sentimentales et volontaires, a manifestement baissé.

Quant aux phénomènes somatiques, on ne constate ni inégalité des pupilles, ni embarras de la parole, ni frémissement fibrillaire des muscles, ni altération de la sensibilité générale et spéciale.

Décembre 1880. — D'après les renseignements qui nous sont parvenus, l'état mental actuel de M. de X... est le même depuis sa sortie. Les douleurs névralgiques ont reparu et se montrent actuellement très vives.

Voici maintenant quelques détails que nous avons pu nous procurer et qui complètent cette observation.

La rémission survenue au cours de la paralysie générale de M. X... a duré jusqu'en mars 1882. Durant cet espace de temps, la vie de M. X... a été des plus régulières : il a renoncé à son commerce, et est allé s'établir à la campagne, loin de tout tracas. Au bout

de quelques mois, M. X... fut même nommé à un poste judiciaire, et put s'acquitter de ses fonctions très convenablement. C'est au bout de dix-huit mois seulement que revint une nouvelle poussée. X... devint de nouveau plus irritable, s'excita, eut, de nouveau, diverses extravagances : on fut obligé de demander pour lui un congé, et de le mener dans une maison de santé.

Inégalité des pupilles, hésitation de la parole, affaiblissement mental plus marqué que lors de son premier séjour à l'asile : tels sont les symptômes qu'on peut constater.

Au bout de trois mois de traitement, se déclare une deuxième rémission : le malade n'a plus ses projets ambitieux ; il en sourit, et reconnaît qu'il a eu « la tête égarée ; l'hésitation de la parole a beaucoup diminué, et est même devenue presque imperceptible. Toutefois, l'inégalité des pupilles persiste ; on constate également un certain affaiblissement de toutes les facultés : mémoire, intelligence, etc..., le côté enfantin du caractère est devenu plus accentué ; la sensiblerie est poussée assez loin.

Pourtant X... a pu reprendre ses fonctions judiciaires, d'ailleurs assez modestes et qui n'exigent pas de lui des grands efforts intellectuels.

X... ne resta pas très longtemps dans cet état mental, relativement satisfaisant. Malgré une vie très régulière, l'excitation revient en janvier 1883 : la rémission n'a duré que six mois.

X... se livre encore à diverses extravagances, toujours de caractère ambitieux ; et, cette fois, il est

obligé de donner sa démission du poste qu'il occupait. On le reconduit dans un asile où l'on constate que la paralysie générale a fait, chez lui, d'évidents progrès : outre l'inégalité pupillaire et l'hésitation de la parole, on trouve un affaiblissement mental très prononcé, une satisfaction puérile, une très grande incohérence au milieu de tous les projets que le malade expose. La marche, elle-même, devient chancelante. X... approche maintenant de la dernière phase de la paralysie générale, la phase dite de démence.

Observation VIII (inédite).

Rémission incomplète.

Hésitation de la parole ; délire ambitieux ; délire hypochondriaque ; délire de persécution ; tentative de suicide.

M. N... (Louis) est âgé de 53 ans, courtier d'assurances, marié ; père alcoolique menant une vie déréglée. Il entre à l'asile Sainte-Anne le 24 décembre 1881.

Six mois environ avant de se présenter à l'asile, N... éprouva des étourdissements, des crampes dans les jambes, suivis de quelques idées ambitieuses.

N... se croit très riche, quitte son logement, met sa montre au Mont-de-Piété pour faire l'acquisition d'objets inutiles qu'il distribue de tous côtés ; il prétend avoir une jolie voix et chante. A la suite d'une libation, si commune du reste dans cette période de

la maladie, N... entre dans une excitation maniaque, tente de se suicider et manifeste des idées mélancoliques.

Tel était l'état de N... lorsqu'il s'est présenté au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne le 24 décembre 1881.

On constate alors chez le malade un affaiblissement des facultés intellectuelles : la mémoire est diminuée, la volonté peu tenace. N... passe très facilement d'une idée à une autre, se laisse convaincre facilement, présente une hésitation légère de la parole ; la pupille droite est plus resserrée. Que conclure de tous ces symptômes, sinon une paralysie générale au début ?

Le 20 janvier 1882, le malade est dominé par un délire hypochondriaque consistant dans l'idée que son intestin est bouché, son gosier rétréci, son rectum oblitéré.

Le 21 son délire revêt un caractère plus bizarre :

N... prétend que son cœur ne va plus, il n'a que des battements éphémères. « Je ne puis plus respirer, dit-il, voyez ; je suis refroidi, tâtez ; je ne puis plus tousser, » et il tousse.

A cette période de délire hypochondriaque succède un état de délire de persécution :

N... soutient qu'il y a quelque chose d'ourdi contre lui ; qu'on veut le séparer de sa femme ; qu'on lui porte des aliments empoisonnés; il n'insiste plus sur ses idées fantastiques dès qu'on le rassure.

Bientôt revint une nouvelle poussée. N... entre en excitation, se donne cinq coups de canif dans la

région précordiale et se précipite la tête contre les murs.

Le 28 janvier 1882, le malade est plus calme, l'intelligence semble reprendre sa lucidité, toutefois on constate une disposition vers les idées délirantes sous des influences diverses. En effet, un délire de satisfaction ne tarde pas à éclater; N... combine des projets pour la meilleure installation de son logement, la réparation de meubles, se vante de gagner de l'argent, de connaître la thérapeutique parce qu'il a fait de la chimie.

Les jours suivants les idées hypochondriaques reparaissent roulant cette fois-ci sur ses déjections : « Je fais des matières jaunes. »

Sensiblerie, pleure en parlant de sa femme. Appréciation très inexacte de ses propres forces.

Dans le courant du mois de février 1882 on constate une amélioration notable; N... répond avec plus de lucidité aux questions qu'on lui adresse, mais son intelligence reste affaiblie, ses idées de grandeurs hypochondriaques ont disparu; sa parole reste légèrement embarrassée.

N... quitte l'asile le 3 mars 1882 dans un état de rémission incomplète.

10 *juin*. — Il commence à donner de nouveau des symptômes d'aliénation mentale. N... est devenu triste, prétend qu'il n'a plus de forme; qu'il est mort; qu'il faut le faire enterrer.

15 *juillet* 1882. — N... rentre pour la seconde fois à l'asile; il est continuellement obsédé par ses idées hypochondriaques.

23 *juillet.* — Il casse les glaces parce qu'il ne peut pas se mirer, sa tête étant trop hideuse. Il déchire également les vêtements de sa femme qui vient le voir.

Pendant une période de six mois, le malade, observé avec soin, ne présente aucune aggravation dans sa situation mentale. Néanmoins, ses idées hypochondriaques semblent plus fugitives, moins tenaces et le calme reprend le dessus, mais l'intelligence reste faible et continue à baisser.

8 *mars* 1883. — Le délire hypochondriaque a presque entièrement diaparu. N... prétend seulement qu'il est bouché.

10 *mars.* — Il n'est plus bouché. Il sourit en entendant lire la lettre dans laquelle il déclare à sa femme qu'il est perdu ; toutefois, il ajoute qu'il craint parfois de mourir dans la journée. A chaque visite, il dit à sa femme : *Tu ne me reverras plus; c'est la dernière fois.* N... raconte qu'il ne s'entendait pas bien avec son chef à la compagnie d'assurances ; il faisait d'ailleurs dans les derniers temps des procès-verbaux défavorables à son administration.

Les réflexes sont conservées.

Dans la seconde moitié du mois l'état reste le même, mais il s'améliore rapidement au commencement du mois d'avril. Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

N... porte encore sur sa physionomie l'apparence de la tristesse, mais ne présente aucun indice de délire ; sa parole est légèrement embarrassée. Telle est la situation de ce malade depuis le mois de mars ; voici, aujourd'hui, le résultat de notre examen :

N... (Louis) n'offre plus d'incohérence dans les idées, mais il présente une légère hésitation de la parole. Son état général est satisfaisant et l'on constate chez lui un affaiblissement de l'intelligence qui n'est pas encore poussé au degré de la démence. Sensiblerie, surtout quand on lui parle de sa femme ; la mémoire est affaiblie.

Observation IX (inédite).

Rémission incomplète et durable.

Cette observation est due à l'obligeance de M. le Dr Vallon, chef de clinique de M. le professeur Ball.

Sommaire :

Première entrée, 2 décembre 1878. — Sortie, 19 avril 1879. — Rémission d'un mois.

Deuxième entrée, 14 mai 1879. — Rémission d'environ six mois.

Troisième entrée, 2 mai 1880. — Sortie, 17 juin 1880. — Rémission de dix-huit mois.

Quatrième entrée, 21 janvier 1883. — Sortie, 24 mai 1883.

La nommée L... (Séraphine), célibataire, couturière, entre pour la première fois à Sainte-Anne le 2 décembre 1878; elle était alors âgée de 25 ans. M. le Dr Magnan délivre le certificat suivant :

Est atteinte de paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, apathie, indifférence

et conscience incomplète de sa situation. Légère hésitation de la parole; pupille droite plus large.

Transférée à Vaucluse, la malade sort de cet asile en état de rémission complète, le 19 avril 1879, c'est-à-dire quatre mois et demi environ après son entrée ; mais un mois à peine après sa sortie elle est ramenée à Sainte-Anne (le 19 mai 1879). M. le Dr Magnan délivre le certificat suivant :

Est atteinte de paralysie générale avec excitation, loquacité, incohérence, légère hésitation de la parole, pupille droite plus large.

L... est transférée à Ville-Evrard, où elle reste environ six mois. Elle sort en état de rémission pour ne revenir que six mois après (2 mai 1880). M. Magnan délivre le certificat suivant :

Est atteinte de paralysie générale avec stupeur ; refus d'aliments, mutisme volontaire. Inégalité pupillaire. Conduite de nouveau à Ville-Evrard, L... en sort en état de rémission le 17 juin 1880, c'est-à-dire après un séjour d'un mois et demi seulement. Cette fois la rémission se maintient pendant dix-huit mois.

Le 21 janvier 1883 L... rentre à Sainte-Anne pour la quatrième fois avec le certificat suivant de M. le Dr Blanche :

L... a la figure hébétée, elle comprend difficilement les questions les plus simples ; sa parole est embarrassée ; ses pupilles sont égales. Elle ne sait où elle est, elle ne connaît ni le jour ni la date de la semaine, elle est incapable d'un travail régulier. En un mot elle est atteinte de paralysie générale, avec affaiblissement considérable des facultés intellec-

tuelles. Autant pour sa propre sécurité que dans un intérêt d'ordre, il y a nécessité de la placer dans un asile d'aliénés.

A son arrivée dans le service de M. le professeur Ball, L... est très déprimée, elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose et ne manifeste que quelques idées vagues de persécution; elle parle lentement et il est facile de constater de nombreux accrocs dans la parole. Les pupilles sont égales et parfaitement sensibles à la lumière; tremblement fibrillaire de la langue. Rien au cœur ni aux poumons.

Les jours suivants L... est dans un état de dépression voisin de la stupeur. Elle est hébétée et se tient immobile dans un coin de la salle complètement indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Il faut la faire manger, la déshabiller, la coucher, l'habiller; elle gâte aussi bien le jour que la nuit. Le sommeil est profond.

Pendant presque tout le mois de janvier il ne se produit aucune modification dans l'état de la malade. Le 29 elle se lève plusieurs fois dans la nuit et se promène au milieu du dortoir; il faut la faire coucher à plusieurs reprises.

Les jours suivants la malade commence à sortir un peu de sa torpeur. Elle cause un peu. Elle se rend compte qu'elle est à Sainte-Anne, elle dit qu'elle y est déjà venue il y a deux ans, puis qu'elle est partie pour Vaucluse. Elle ne sait pas pourquoi on l'a ramenée, elle n'est pas malade.

2 *février* 1883. — La pupille gauche est légère-

ment plus large que la droite. La sensibilité est normale. La marche s'exécute convenablement mais il y a une diminution considérable dans les forces : la malade serre très mollement la main ; elle gâte toujours. En un mot il y a une déchéance physique assez accentuée. L'état mental continue à s'améliorer un peu.

11 *février*. — Est moins malpropre ; cause un peu ; commence à travailler à la couture. L'inégalité pupillaire a disparu.

24 *février*. — L'état mental continue à s'améliorer. La malade engraisse.

Quelques bulles de pemphigus à la main droite.

27 *février*. — Les deux mains, surtout la droite, sont maintenant couvertes de bulles de pemphigus ; celles-ci sont surtout nombreuses et volumineuses à la commissure des doigts.

1er *mars*. — Un certain nombre de bulles se sont ouvertes et desséchées. Des bulles se montrent maintenant en assez grand nombre à l'avant-bras droit.

15 *mars*. — L'état physique et l'état mental de la malade continuent à s'améliorer. L... a pris un notable embonpoint, elle ne gâte plus, elle travaille régulièrement, elle cause raisonnablement. La parole est moins traînante, mais il y a encore quelques accrocs. La desquamation des croûtes qui ont remplacé les bulles est presque complète ; les parties de la peau qui en étaient recouvertes sont d'un rouge brun.

30 *mars*. — L'amélioration se maintient. La physionomie de la malade a complètement changé, elle est devenue animée, les yeux sont brillants. La parole est plus facile. Demande à sortir.

30 *avril.* — L... travaille pendant tout le mois. Demande à sortir ; dit « qu'elle voudrait retourner dans son pays. Elle n'a pas d'argent, mais une fois sortie, elle travaillera pour amasser la somme nécessaire à son voyage. Elle sent qu'elle est parfaitement capable de travailler, du reste elle travaille ici, elle peut aussi bien travailler dehors, elle ira chez les sœurs de Grenelle en attendant d'avoir trouvé de l'ouvrage. »

15 *mai* 1883. — L'amélioration se maintient. La malade ne présente plus rien d'anormal, si ce n'esi de la lenteur dans la parole. Elle travaille avec une assez grande facilité. Sortie en rémission le 24 ma 1883.

III. — OBSERVATIONS DE LA TROISIÈME VARIÉTÉ

Observation I.

Cette observation est communiquée par M. Luys pour être rapportée dans la thèse de M. Lemaître comme exemple de longue durée de paralysie générale, mais sans rémission.

M. Louis B... est entré à la maison de santé à l'âge de quarante-sept ans, le 11 septembre 1867. Il était atteint de paralysie générale à forme expansive alternant avec le délire hypochondriaque. La maladie eut une marche lentement progressive, ne présenta pas de rémission, et la mort arriva en 1875. Elle avait eu une durée de huit ans au moins.

Observation II.

Cette observation est communiquée par M. Legrand du Saule et reproduite par M. Lemaitre comme exemple de longue durée de paralysie générale.

A Bicêtre, Marcé en succédant à M. Moreau (de Tours), a trouvé en 1860, à l'infirmerie, un paralytique, âgé de quarante ans, d'une stature colossale, chargé d'embonpoint, en traitement depuis plus de cinq ans et dont l'état se maintenait stationnaire.

Il était en démence complète, incohérent, laissait

échapper parfois quelques lambeaux de phrases comme ceux-ci : « Le général de France... Les millions de l'Empereur... Les diamants du monde... » Il avait un embarras très marqué de la parole.

En 1867, M. Legrand du Saulle retrouve ce malade à la même place. Il était très dément, avait de la soliloquie, causait à demi-voix avec lui-même et paraissait fort indifférent à tout ce qui l'entourait. Jamais, dit-il, on n'avait observé chez lui de périodes franches de rémission. Pendant tout le temps de son séjour à Bicêtre, il avait été très calme.

En 1870, époque à laquelle les aliénés de Bicêtre furent évacués sur les asiles de province, M. Legrand du Saulle perdit ce malade de vue. Mais il apprit plus tard indirectement qu'il n'était mort qu'en 1872 ou 1873. Il avait donc survécu dix-sept ans ou dix-huit ans après l'invasion de sa maladie.

Observation III.

(Communiquée par M. A. Giraud, médecin de l'asile de Fains et consignée dans la thèse de M. Lemaître.)

G... (Hubert-Alexandre) entre à l'asile de Fains, le 18 février 1851, à l'âge de trente-huit ans.

Le malade présente un affaiblissement intellectuel considérable, il a des idées de grandeur et de richesses, sa parole est embarrassée et sa marche est très incertaine. Les signes de paralysie augmentent durant la première année de séjour à l'asile.

En 1852, le malade, qui est généralement calme,

s'agite par moments. Ses idées ambitieuses ne le quittent pas ; à chaque vacance dans l'asile d'un poste quelconque, il demande à l'occuper. Il se dit capable de remplir toutes les fonctions. L'embarras de la parole et l'incertitude de la marche restent stationnaires.

Cet état dure jusqu'à 1856, époque à laquelle il y a une rémission dans les symptômes de paralysie. Sa parole devient un peu plus nette; mais par contre le délire ambitieux ne fait qu'augmenter. Le malade écrit à l'Empereur, il se dit empereur lui-même ; il est le héros des journées de Juin, c'est lui qui portait le plus riche uniforme, etc. Il réclame de sa femme l'envoi de bagues et de bijoux. Ce délire est le symptôme dominant jusqu'à 1859.

Alors la paralysie augmente, le langage n'est plus qu'un bredouillement inintelligible pour quiconque n'a pas l'habitude d'entendre le malade, la marche devient de plus en plus incertaine. A partir de ce moment il ya un arrêt complet dans le développement de la maladie. Le délire ambitieux, l'embarras de la parole, l'incertitude des mouvements persistent au même degré, mais la santé physique reste toujours la même.

Cet état n'a pas changé depuis 1859 jusqu'à 1879. Le malade travaille comme au moment de son entrée à l'asile. Les idées délirantes sont les mêmes. C'est lui qui nomme les médecins et tous les fonctionnaires de la maison ; il est préfet, empereur, il porte des décorations. La marche est chancelante et la parole presque inintelligible.

Observation IV.

Cette observation est due à M. Falret qui la donne comme un exemple de longue durée de paralysie générale.

M. B..., âgé de trente et un ans, entre à la maison de santé de Vanves, le 13 août 1862, dans un état d'exaltation maniaque avec idées de grandeur, désordre des actes, faiblesse des membres inférieurs, embarras de la parole et inégalité pupillaire.

M. B... exprime les idées de grandeur les plus extravagantes et les plus contradictoires, dans un langage incohérent et souvent incompréhensible. Il est roi, empereur, Dieu ; il est Dieu en trois personnes; il est occupé à des créations continuelles, il a créé sa mère ; il est entouré d'anges, de déesses; ses domestiques sont des barons et des généraux, il est empereur d'Allemagne, etc., etc.

M. B... se livre souvent à des actes instantanés qui le rendent très dangereux.

En 1864, M. B... est arrivé à un état de démence calme, à peine interrompue par quelques paroxysmes d'agitation pendant lesquels M. B... parle à haute voix et répète constamment les mêmes mots ou les mêmes phrases.

M. B... marche assez facilement ; incontinence des urines et des matières fécales. Cette situation est restée stationnaire pendant quinze années. Actuellement la

santé physique est satisfaisante, M. B..., marche lentement et le corps penche de côté ; il ne prononce plus que quelques syllabes inintelligibles et toujours les mêmes et passe son temps à faire des crayonnages informes.

IV. — OBSERVATIONS DE LA QUATRIÈME VARIÉTÉ

Observation I.

Cette observation est empruntée à M. Foville, elle est reproduite par M. Baillarger comme un exemple de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.*

Officier de trente-neuf ans, atteint de syphilis Deux congestions cérébrales. Hémiplégie.

Tous les troubles intellectuels constatés chez ce malade, dit M. Foville, étaient ceux qui sont propres à la démence paralytique avec idées de grandeur. Puis il ajoute que la parole présentait, par moments surtout, quand le malade parlait un certain temps, *un embarras parfaitement identique* à celui de beaucoup d'aliénés paralytiques. Durée de la maladie, dix mois.

Autopsie. — Méninges *claires et minces*, ni opacité, ni épaississement, pas d'injection marquée ni d'ecchyomses. Partout elles s'enlèvent facilement, se séparent sans aucune résistance de la substance corticale à laquelle elles ne tiennent par aucune adhérence, sauf sur un point limité dont nous allons parler. La surface des circonvolutions est saine, plutôt pâle que rouge, d'une *consistance uniformément normale*, aucune trace d'ulcération superficielle ; en raclant avec un scalpel,

on ne détache pas de pellicule, aucun ramollissement granuleux de la couche moyenne de la substance grise.

On trouva seulement dans le cerveau trois petites tumeurs gommeuses disséminées : l'une d'elles était située à la surface, et c'est sur cette petite tumeur qu'existait l'adhérence dont parle M. Foville. Cette adhérence n'avait donc rien de commun avec celle que l'on rencontre dans la paralysie générale.

Observation II (inédite).

Le diagnostic de la *pseudo-paralysie générale* est entouré, avons-nous dit, de difficultés incroyables; il est cependant des cas qui s'imposent, et à ce propos, nous résumons en quelques lignes l'observation suivante dont M. Charpentier, médecin adjoint à la Salpêtrière, a donné lecture à la Société médico-psychologique.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, du service de M. Moreau (de Tours), à la Salpêtrière. A son entrée dans le service, 10 février 1883, elle fut enregistrée : Démence consécutive d'une paralysie générale. Le certificat de Sainte-Anne portait : Affaiblissement intellectuel, sensiblerie, incohérence, confusion dans les idées, affaiblissement musculaire.

Le certificat de la Préfecture de police mentionnait : Paralysie générale, affaiblissement des facultés, hésitation de la parole, inégalité des pupilles, inconscience de sa situation, arrêtée dans la rue, ne sachant plus retrouver son domicile.

Quand M. Charpentier l'a vue pour la première

fois, en avril, il y avait un mois que la malade était dans le service; elle était en démence complète, grande gâteuse; on la faisait manger, on l'habillait, on la couchait; elle ne comprenait rien. Les mots qu'elle prononçait étaient inintelligibles. A l'examen, cette femme présentait trois périostites gommeuses du frontal gauche, une gomme dans l'épaisseur de la paupière supérieure gauche, une ostéite nasale purulente avec perforation du vomer, une suppuration de l'oreille gauche.

M. Charpentier, soupçonnant une démence paralytique de nature syphilitique prescrivit 4 grammes d'iodure de potassium et des frictions mercurielles.

Au bout de quinze jours les sécrétions purulentes et fétides du nez et de l'oreille étaient taries, les gommes diminuaient, la malade montrait qu'elle comprenait, mais la fatigue intellectuelle succédait rapidement. Au bout du mois la malade fournissait elle-même les données de son observation. Pas de malaises antérieurs, sauf les attaques épileptiformes nocturnes avec perte de connaissance sans délire, paralysie ni contracture, ni trouble de la sensibilité consécutive. La première attaque qu'elle a eue date de quatre ans, à l'âge de 35 ans ; depuis la dernière année les attaques se sont répétées deux fois par mois, et lorsque nous avons examiné cette malade avec M. le Dr Charpentier, le 25 juillet 1883, elle venait d'avoir une attaque épileptiforme la veille, dans la nuit.

Pas d'aliénation mentale dans la famille, aucun autre symptôme d'épilepsie chez la malade. La mémoire alla en diminuant, elle devenait maladroite

dans ses mouvements et de moins en moins apte au travail. Elle ne se rappelle pas avoir eu de délire ambitieux ou autre. La malade fut présentée à M. le professeur Fournier qui, outre les symptômes précitée, constata une perforation du vomer, une cicatrice à la narine consécutive à une ulcération de longue durée, une cicatrice à la partie inférieure de la grande lèvre gauche.

La malade, un mois après le traitement, pouvait se livrer aux travaux des infirmières, avait connaissance complète de sa situation, s'inquiétant de son avenir, de sa famille qu'elle ne voyait pas; mais la mémoire présentait encore des lacunes remarquables; la malade parlait lentement, cherchait ses réponses.

En présence de l'état empirant graduellement tant que n'est pas intervenu le traitement spécifique, en présence de l'amélioration si rapide, graduelle et parallèle des manifestations syphilitiques extérieures, ostensibles et palpables, et des troubles cérébraux intellectuels et moteurs, nous sommes conduits à conclure que les lésions syphilitiques intra-crâniennes peuvent se manifester par un ensemble symptomatique reproduisant presque en entier les traits de la paralysie générale et de la démence paralytique. Maintenant y a-t-il, dans ce cas, simple coïncidence de deux ordres de lésions: celles de la syphilis et celles de la paralysie générale idiopathique?

C'est une question à laquelle il nous est difficile de répondre. Quant à M. Charpentier, il conclut pour la négative.

Autopsie de paralysie générale au début.

Paralysie générale au début. — Rémission rapide. — Mort par suite de bronchite pseudo-membraneuse généralisée. — Autopsie.

Cette observation est due à M. Doutrebente ; elle nous montre les altérations anatomiques que l'on observe dans la période de début de la paralysie générale.

L... (Charles), âgé de 52 ans, imprimeur, domicilié à Paris ; entré à Ville-Evrard le 11 janvier 1878.

« Trois certificats de médecins concluent à une paralysie générale avec délire ambitieux incohérent; hésitation de la parole ; pupille droite plus large. »

Le 15 janvier, ce malade est devenu très calme, il ne parle plus de sa fortune immense et de ses richesses incalculables. Sa femme vient le voir et le trouve mieux ; les symptômes physiques (embarras de la parole, inégalité pupillaire) persistent toujours.

Le 20 janvier, amélioration notable ; la parole est moins embarrassée : rémission très importante de tous les symptômes. La santé physique devient florissante.

Le 5 février, le malade est atteint d'une bronchite pseudo-membraneuse et succombe le 10 du même mois. L'autopsie faite avec soin a permis de constater que la mort était due à l'envahissement rapide des fausses membranes jusque dans les fines ramifications bronchiques.

Les méninges cérébrales ont perdu un peu de leur transparence, sans être toutefois lactescentes ; elles

n'ont pas encore contracté d'adhérences avec la couche corticale.

Le cerveau a une consistance normale.

Les parois ventriculaires, principalement au niveau du plancher du quatrième ventricule, offrent un aspect chagriné dû à la présence de granulations épendymaires confluentes au niveau du calamus scriptorius.

Ces granulations, parfaitement visibles à l'œil nu, se révèlent au doigt par la sensation de petits grains de sable.

Dans les ventricules latéraux, et de chaque côté sur des points presque symétriques, on trouve des granulations analogues, formant une zone bien limitée sur la paroi antéro-interne au niveau de la face externe du septum lucidum ; un peu plus bas et en arrière, près du trou de Monro, il existe un groupe de quatre ou cinq granulations, offrant l'aspect villeux de la face dorsale de la langue.

Dans le troisième ventricule, on ne trouve ces granulations que sur la commissure postérieure où elles sont fort abondantes.

La membrane épendymaire, notablement épaissie, se détachait facilement de la paroi ventriculaire avec laquelle il n'y avait pas adhérence intime.

Ces granulations épendymaires ont déjà été décrites en 1825 et 1826 par Bayle et Calmeil. Depuis, elles ont été signalées par MM. Duchek, Joire, Magnan et Mierzejewski.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La connaissance anatomo-pathologique de la paralysie générale remonte jusqu'à Esquirol et même jusqu'à Haslam. La nature intime de cette maladie, qui était considérée à cette époque comme une terminaison de la folie, n'a été l'objet d'une étude spéciale qu'à partir de 1822 pour Delaye, Foville et Pinel-Granchamp, pour Bayle et pour Calmeil. Bayle, dans sa thèse sur l'arachnitis en 1822, puis en 1825 et 1826, rattachait à la méningite cérébrale toutes les maladies mentales et, d'une manière spéciale, la folie accompagnée de délire ambitieux et de paralysie générale.

Parchappe professe à cette époque une opinion contraire et attribue à l'inflammation de la couche corticale cérébrale ce que Bayle rapportait à la méningite.

En 1822 et 1823, Delaye, Foville et Pinel-Granchamp ont formulé, en s'appuyant sur l'anatomie pathologique, une doctrine qui se résume en ces deux termes :

1° Les altérations de la substance corticale (ramollissement) sont étroitement liées aux dérangements intellectuels ;

2° Les altérations de la substance blanche (indu-

ration) sont directement liées aux altérations des mouvements.

Cette doctrine, comme celle de Bayle, fut combattue par Parchappe.

On a beaucoup insisté ensuite sur le siège et le caractère des altérations anatomiques de la paralysie générale.

Ce qui pour Bayle dépendait d'une méningite chronique, était le résultat pour Delaye d'une modification intime du tissu cérébral, surtout dans les couches périphériques, et pour Calmeil d'une encéphalite ou d'une méningo-encéphalite.

Parchappe de son côté, se fondant sur de nombreuses observations (322 autopsies faites à l'asile de Saint-Yon pendant une période de 14 ans), croit à la constance du ramollissement de la substance corticale.

Si tous ces auteurs n'étaient pas d'accord sur le point de départ et le siège précis de ces lésions à leur origine, sur leur proportion ou leur prédominance respective, aucune dissidence ne les séparait quant à la nature des lésions anatomiques.

Tous, en effet, ont trouvé les méninges de la convexité des hémisphères opaques, épaissies, injectées, énormément résistantes, infiltrées de sérosité, souvent couvertes de granulations ou de fausses membranes, adhérentes dans la majorité des cas à divers points des circonvolutions cérébrales qui étaient injectées et ramollies dans ces endroits. Les lésions que nous venons de passer rapidement en revue prédominent, surtout sur les lésions frontales et pariétales. Nous

n'avons jamais observé des adhérences dans l'intérieur des sillons, ni en dedans de la scissure de Sylvius sur le lobule de l'insula. Ces adhérences ont certains sièges de prédilection, tels que : les parties antérieures et latérales du cerveau, le long de la grande fente cérébrale, le pourtour de la scissure de Sylvius, l'extrémité du lobule sphénoïdal et les circonvolutions ascendantes des deux côtés du sillon de Rolando.

Les recherches de Linas vinrent à la même époque confirmer ces observations.

Linas, pendant son séjour à Charenton, a ouvert 114 cadavres de paralytiques et les altérations qu'il a constatées ne diffèrent en rien de celles qui ont été décrites par Bayle, Calmeil et Parchappe.

Voilà des faits qu'il n'est plus possible de mettre en doute aujourd'hui, et dont on ne saurait affaiblir la valeur par quelques nécropsies négatives.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces lésions macroscopiques qui sont, du reste, décrites dans tous les traités de pathologie mentale; nous dirons seulement, avec M. le professeur Ball, que ces lésions constatées par Bayle, Calmeil, Parchappe, etc., n'étaient pas de nature à caractériser la maladie, mais ces auteurs ne pouvaient mieux faire avec la macroscopie.

Déjà M. Jules Falret a signalé cette lacune, dans nos moyens d'investigation, ce qui lui a arraché cette exclamation : « Ce qu'il y a de plus désespérant, dit-il, c'est qu'on rencontre des lésions de fonctions saus lésion *saisissable* d'organe », puis il ajoute :

« Pour n'être pas *saisissable* aux yeux, la lésion n'en existe pas moins. »

Ainsi, on a prévu la nécessité de pousser plus loin les investigations et on a cherché de suppléer à l'insuffisance de la vue simple par la puissance du microscope. On est arrivé, par ce moyen, à des résultats nouveaux qui méritent assurément d'être pris en sérieuse considération.

Cette création nouvelle redouble le zèle des savants, les travaux se multiplient et nous font connaître la nature intime des lésions pathologiques restées jusque-là ignorées. Disons tout de suite que l'initiative des progrès dans cette direction appartient incontestablement à l'école française et notamment aux belles recherches de MM. Charcot, Magnan, Hayem, Mierzejewsky, etc.

Rokitansky, il est vrai, a signalé le premier la lésion de la substance interstitielle du cerveau, mais la description imparfaite qu'il nous a laissée sur le mode de production de ce processus pathologique serait restée improductive, si les travaux de nos maîtres ne venaient pas jeter la lumière sur cette importante question.

Rokitansky avait le double tort de considérer ces lésions comme la conséquence d'une dégénérescence particulière et de leur refuser tout caractère inflammatoire.

Le tissu interstitiel se gonfle, dit-il, s'hypertrophie, devient diffluent, entraîne par suite un trouble de nutrition et une destruction des éléments nerveux.

Salomon complète les idées de Rokitansky, et de

plus, il décrit l'épaississement des parois des capillaires de la substance corticale. Pour lui, comme pour Rokitansky, l'atrophie et la destruction des cellules de la substance grise, des tubes nerveux seraient dues à une dégénérescence qui siège dans la membrane adventice des vaisseaux de la pie-mère et dans le tissu connectif de la substance corticale.

Meynert étudie surtout le système vasculaire et démontre les altérations si nombreuses, décrites aussi avec tant de soin par Bonné et Poincarré. Ces modifications histologiques des vaisseaux encéphaliques furent signalées pour la première fois par Gluge et décrites avec un remarquable talent par Lebert.

Les recherches microscopiques nous permettent, en effet, de constater que les lésions organiques commencent par les parois des petits vaisseaux, que ces altérations sont les plus constantes et, qu'en outre, elles sont le point de départ des autres lésions. Cette lésion n'est pas également prononcée dans toute l'étendue du vaisseau : ici on la voit atteindre son summum d'intensité ; là, au contraire, elle fait presque complétement défaut. Il est des cas, rares il est vrai, où la paralysie générale s'est prolongée six mois ou même une année, et dans lesquels les petits vaisseaux sont trouvés exempts de toute altération, à part l'hyperémie. C'est au moins ce qu'affirme le Dr Mendel dans le récent traité qu'il vient de publier (Mendel, p. 550). En général, la lésion se dessine par l'augmentation du nombre des noyaux sur les parois des capillaires, l'extravasation sous-adventitielle primitive. Dans un degré plus avancé on trouve des ané-

vrysmes miliaires, des épanchements sanguins avec rupture des parois vasculaires, un épaississement des capillaires et des vaisseaux d'un petit calibre ; enfin la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires.

Au microscope, les coupes faites dans le voisinage des parties ramollies présentent, dit Lubinoff, une quantité considérable de vaisseaux sanguins en même temps qu'un grand nombre de cellules du tissu interstitiel. Ces cellules ont une forme étoilée ; elles sont beaucoup plus nombreuses dans les points ramollis que dans les parties saines, présentent des prolongements dont les plus développés traversent la gaîne des vaisseaux et l'espace périvasculaire pour venir s'insérer aux parois mêmes des vaisseaux et se confondre insensiblement avec eux. (A. Lubinoff *Archives de physiol. normale et pathol.*, 1874.)

L'irritation dans les parois des vaisseaux se manifeste par l'augmentation des éléments cellulaires de l'adventice. Cette hyperplasie cellulaire de l'adventice est presque constamment suivie par un travail inflammatoire chronique des autres parois du vaisseau. Les anévrysmes miliaires des paralytiques sont généralement fusiformes, et les hémorrhagies extrapariétales avec rupture des parois vasculaires sont très rares chez ces malades. Nos recherches personnelles ont porté sur vingt cerveaux de paralytiques généraux, et ce n'est qu'une fois que l'autopsie nous a révélé la présence de ces petits foyers hémorrhagiques du diamètre d'un petit pois et disséminés inégalement dans toute la masse cérébrale.

Westphal, dans un travail publié en 1867 dans les *Archives de Wirchow*, affirme la constance des altérations spinales et regarde comme des alcooliques les paralysés généraux dont la moelle ne présente pas une dégénérescence granuleuse des cordons postérieurs ou une myélite chronique. Les lésions spinales seraient postérieures aux lésions encéphaliques. M. Simon, médecin de l'asile des aliénés de Friedrichsber (Hambourg), s'efforce d'établir que la lésion décrite par Westphal, dans la paralysie générale, ne se rencontrerait pas seulement chez les paralytiques, mais se retrouverait aussi sur d'autres malades aliénés ou non, morts à la suite de maladies diverses (épilepsie, mélancolie, tubercules, cirrhose du foie, affections aiguës, etc.).

Après la publication de Westphal, M. Magnan reprend cette question, examine six moelles de paralytiques généraux et arrive aux résultats suivants :

Deux fois il constate l'absence complète de corps granuleux.

Une fois la présence de granulations fines sur les parois des capillaires.

Deux fois la présence de corps granuleux dans les cordons latéraux et postérieurs, sur toute la longueur de la moelle.

Dans le sixième cas, on voyait des corps granuleux à la fois sur les cordons antérieurs, latéraux et postérieurs.

Ces corps granuleux représentent les éléments nerveux de la moelle et sont consécutifs à une myélite interstitielle diffuse.

La lésion peut être ascendante ou descendante. Nous dirons, en passant, que les lésions des nerfs se rapportent aussi à l'inflammation chronique et diffuse du tissu interstitiel.

Voilà où étaient les termes du débat sur cette question d'anatomie pathologique, pendante depuis plus de soixante ans, lorsque parurent les recherches de MM. Magnan et Mierzejewsky.

Pour bien comprendre le mécanisme de la pathogénie dans la paralysie générale, il nous semble qu'il est indispensable d'avoir toujours présente à l'esprit la texture de la substance blanche des centres nerveux.

On sait qu'à l'état normal la substance blanche se compose de deux parties, l'une fondamentale nerveuse, représentée par les tubes, l'autre accessoire, servant de gangue aux vaisseaux, interposée aux tubes et les réunissant : c'est le tissu interstitiel, présentant par places des éléments nucléaires, quelques-uns cellulaires.

La distribution de ces éléments nucléaires est égale dans toutes les parties blanches du cerveau et en nombre progressivement décroissant à la protubérance, au bulbe et enfin à la moelle.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on tirait trop rapidement des conclusions, sans connaître la véritable nature des lésions anatomiques, et sans expliquer autrement les phénomènes cliniques que par des inductions anatomo-pathologiques.

Dans l'état actuel de la science, il est un fait bien établi, c'est que le cerveau du paralytique général, ainsi que le dit M. Magnan (Magnan, *Recherches sur*

les centres nerveux), devient le siège d'un travail morbide lent, d'une sorte d'irritation formative, qui se traduit par une prolifération nucléaire abondante dans le tissu interstitiel et sur les parois des capillaires.

Cette lésion existe dans le cerveau dès le début; elle est primitive et c'est à elle que l'on doit rapporter les premiers symptômes que l'on observe chez les paralysés généraux.

L'irritation formative dont nous venons de parler n'a aucun siège de prédilection ; elle débute d'emblée à la périphérie de l'encéphale et dans les cavités ventriculaires ; le cerveau est frappé dans sa totalité, pour ainsi dire, et si la lésion est plus accusée en certains points, c'est qu'elle trouve dans ces parties les éléments les plus favorables à l'inflammation chronique, à savoir du tissu cellulaire et des vaisseaux plus abondants, d'où l'opinion qui regarde la paralysi-générale comme une encéphalite chronique interstitielle diffuse, et à laquelle nous nous rallions complètement.

Sous l'influence de cette néoplasie interstitielle, de cette irritation formative, les cloisons du tissu interstitiel s'épaississent, les mailles qu'elles circonscrivent se resserrent, compriment les tubes nerveux, altèrent leur nutrition et amènent un travail nécrobiotique à marche lente et pouvant aboutir à la fragmentation, à la transformation des gaînes de la myéline en granulations graisseuses, et, plus tard, à leur destruction complète ; dès lors, le désordre devient irréparable.

Quant aux lésions parenchymateuses, lorsqu'elles existent, elles nous semblent être consécutives.

Lockhart Clarke (Lockhart Clarke, *Lancet*, 1er sept. 1866, *General paralysis of insane*) indique dans les cellules nerveuses des circonvolutions, des altérations consistant dans une augmentation du nombre des grains pigmentaires qui, dans quelques circonstances, dit-il, remplissent complètement les cellules, les déforment et finissent par les détruire. Ces altérations, quoi qu'en dise Clarke, se rencontrent rarement, et leur existence constante est loin d'être démontrée.

Tigges a vu dans le cerveau des paralytiques un processus de prolifération des cellules ganglionnaires très actif, et surtout une prolifération des noyaux dans les cellules. Meynert, puis Kauffmann et Maremberg confirment par leurs recherches les observations de Tigges. Un des principaux changements dans les cellules ganglionnaires, se trouve, d'après Mierzejewsky, dans les cellules avoisinant les vaisseaux, qui présentent une extravasation sous-adventitielle. Auprès de ces vaisseaux, la quantité des éléments du tissu interstitiel paraît toujours augmentée. Ces éléments entourent les cellules ganglionnaires avoisinantes, s'accolent quelquefois à leur surface. Le protoplasma de la cellule, un peu plus tard, paraît trouble, moins transparent, et la cellule se teint par le carmin plus fort que les cellules voisines. Plus tard, toute la cellule paraît remplie d'un pigment brun jaunâtre et la cellule ne se colore plus au carmin. D'autres fois d'une matière pâle, granuleuse, soluble dans l'éther comme la graisse, les cellules. Les prolongements de ces cellules subissent des altérations analogues, le noyau disparaît très rapidement; d'autres fois, on trouve

dans la substance blanche des corps de forme ovale ayant jusqu'à sept centimètres de longueur et un centimètre de largeur sans structure cellulaire, formé d'une masse uniforme. A côté de ces corps ovales se trouvent des rubans allongés de même substance. Ce sont, d'après Mierzejewsky, les cylindraxes hypertrophiés et rompus en fragments d'inégale longueur.

En présence de ces faits anatomo-pathologiques, nous pouvons nous expliquer plus facilement les capricieuses évolutions et les fluctuations si bizarres que nous offrent la marche et la durée de cette affection.

Quand on songe à la lenteur du développement de cette irritation chronique, aux arrêts nombreux que présente la première phase de la maladie, on est moins surpris des cas de paralysie générale à longue échéance dans lesquels les premières manifestations sont suivies d'une intermittence plus ou moins prolongée (Magnan).

Dans les moments d'arrêt, pendant les intermittences, des médecins inexpérimentés partagent les chères illusions des parents et croient à une guérison, jusqu'au jour où la maladie reprend son mouvement, suspendu habituellement pour quelque temps.

Mais, nous opposera-t-on, certains paralytiques peuvent guérir. Nous ne contestons pas ces faits et nous sommes loin de condamner tous les paralytiques généraux à une mort prochaine.

Quand on est pénétré de la nature intime des lésions anatomiques qui président au développement de la paralysie générale, surtout à son début, on est porté

à croire que cette terrible affection devait être plus souvent curable. Nous ne comprenons guère, en effet, pourquoi la congestion, pourquoi l'irritation formative ne seraient pas susceptibles de guérison, au même titre que tout autre foyer phlegmasique, pourquoi de nouvelles poussées congestives et de nouvelles lésions formatives se reproduiraient nécessairement dans le cours de la maladie, entraînant ainsi une aggravation successive dans l'état du malade, et amenant enfin la mort dans un espace de temps plus ou moins éloigné. Il nous semble donc, *à priori*, qu'on ne doit jamais repousser d'une façon absolue la possibilité de la guérison, lors même qu'on se trouve en présence d'une paralysie générale avancée.

Nous sommes arrivé à la fin de ce travail, notre but est-il atteint ? Nous n'avons pas la prétention de le croire. Nous reconnaissons volontiers les nombreuses lacunes qui s'y rencontrent, mais malheureusement nous n'avons pu les combler. Nous serons heureux, cependant, si dans nos efforts nous avons pu contribuer à éclairer une partie de l'immense édifice de la paralysie générale. C'est avec une volonté ferme que nous reprendrons cet intéressant travail, et particulièrement l'étude des rémissions au point de vue anatomo-pathologique.